

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

福岡市長 殿

年 月 日

【申請者】

住所

TEL

氏名 _____

下記の理由により、医療受給者証の再交付を申請します。

(受診者との続柄 _____)

フリガナ		受給者番号	
受診者氏名		生年月日	年 月 日
受診者住所	〒 _____		
申請理由	1 紛失 2 破損・汚損 3 盗難 4. その他 (_____)		

【保健所処理欄】

課長	係長	係員	保健所受付印

年 月 日

【こども健やか課処理欄】

課長	係長	係員	受付印

医療受給者証の再交付を行ってもよろしいか。

年 月 日交付