

# 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 \_\_\_\_\_ 印

※自署もしくは記名押印

下記の理由により、医療受給者証の再交付を申請します。

(対象児との続柄 \_\_\_\_\_ )

フリガナ		受給者番号	
対象児氏名		生年月日	年 月 日
対象児住所	〒 _____		
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

【こども発達支援課処理欄】

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