



小児慢性特定疾病医療受給者証/

小児慢性特定疾病登録者証再発行申請書

| | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者氏名 | | 受給者番号 | | | | | | | |
| 再交付を 申請する理由 (該当に○) | 1 受給者証または受給者証兼登録者証を破損した | | | | | | | | |
| | 2 受給者証または受給者証兼登録者証を汚損した | | | | | | | | |
| | 3 受給者証または受給者証兼登録者証を紛失した | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>島根県知事 様</p> | | | | | | | | | |