

那覇市長 宛

申請者氏名

印

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

次のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。

受診者	ふりがな		公費負担者番号	<input type="checkbox"/> 52477023 (既認) <input type="checkbox"/> 52478021 (原則)
	氏名		公費負担医療の 受給者番号	□□□□□□□□
	生年月日	平成・令和 年 月 日		
	住所			
		(電話 - -)		
申請者	氏名		受給者との続柄	
	住所	(受診者と住所が異なる場合に記入してください。)		
		(電話 - -)		
再交付を申請する理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 亡失 <div style="font-size: 4em; margin-left: 20px;">()</div>			