

別紙様式第10号

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 下関市長

(申請者) 住所 〒

TEL () —

氏名

(患者との続柄)

このことについて、下記の理由により医療受給者証の再交付を申請します。

記

よみがな 受診者氏名		公費負担番号	
		受給者番号	
受診者住所			
指定医療機関名			
再交付の理由 (該当するものに○ を付けてください。)	1 紛失 2 破損・汚損 3 盗難 4 その他 ()		
備 考			

【下関市記入欄】

受付窓口		受付年月日	年 月 日
------	--	-------	-------