

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

豊中市長 様

申請日

下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

申請者	フリガナ			
	氏名			
	〒		電話番号	
	住所			

受診者(患者)	フリガナ			受給者 番号	
	氏名				
	生年月日				
	〒				
	住所				
保護者(受給者証に記載されている保護者)	フリガナ			患者との続柄	
	氏名				
	〒				
	住所				
自己負担上限額管理票 の再発行		希望する		希望しない	
再交付を申請する理由 (該当するものに○印を つけてください)		破損	汚損	紛失	滅失

(備 考)

- 破損または汚損の場合は、医療受給者証を添付してください。
- 紛失または滅失した医療受給者証を発見したときは、速やかに市へ返還してください。

受付印	担当者