

# 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

令和7年9月1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	とよなか ひかり		
	氏名	豊中 光		
	〒	560-0023	電話番号	090-1234-5678
	住所	豊中市岡上の町2-1-15		

受診者(患者)	フリガナ	とよなか ひなた	受給者 番号	1234567		
	氏名	豊中 ひなた				
	生年月日	令和7年4月1日				
	〒					
	住所	申請者と同じ				
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	父		
	氏名	申請者と同じ				
	〒					
	住所	申請者と同じ				
自己負担上限額管理票 の再発行	<input checked="" type="radio"/>	希望する	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	破損	<input checked="" type="radio"/>	紛失	<input type="radio"/>	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