

別記第1号様式の2の8（第1条の5関係）

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

受給者証 番 号	負担者番号							受給者番号							
フリガナ	姓	名		性別	男 女	生 年 月 日	年 月 日生								
患者氏名						個 人 番 号									
住 所							区 郡	電話番号	()						
	東京都		市町村				丁目 番 号		様方						
申 請 由	1 破損 2 汚損 3 紛失														
	(理由)														
フリガナ							患者との続柄								
申 請 者 氏 名	姓		名				個 人 番 号								
申 請 者 住 所							区 郡	電話番号	()						
	東京都		市町村				丁目 番 号		様方						
上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。															
年 月 日															
申請者氏名 _____															
(宛先) 港区長															
港 区 使 用 欄															
受 付			本人確認												