

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)

甲府市長 様

住 所

申請者 氏 名 印 (続柄)

電話番号

次のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付について申請します。

受診者名 _____

受給者番号 _____

疾 病 名 _____

1. 申請理由 (該当するものに○を付けてください。)

I 紛失

II その他 (具体的に記入)

(_____)

2. 添付書類 (該当するものに○を付けてください。)

I 小児慢性特定疾病医療受給者証

II その他 (具体的に記入)

(_____)

届出申請者確認欄

免許証・住基カード・パスポート・外国人登録者証・保険証

介護保険証・身体障害者手帳・その他 (発行機関等: _____)

確認書類なし (確認方法) _____