

別記第 1 2 号様式

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書					
小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。					
年 月 日					
函館市長 様					
届 出 者	フリガナ			受診者との関係	
	氏 名				
	個人番号				
	居 住 地			電 話	
受 診 者	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	個人番号				
	居 住 地			電 話	
再交付を申請する理由		☐ 破ったため ☐ 汚したため ☐ 失ったため			

添付書類

受給者証を破り、または汚した場合は、その受給者証

注 該当する□内に✓印を記入してください。