小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　月　　日

　岡山県知事　　殿

 （申請者）

 住　所

 氏　名

 受診者との続柄

 電　話 （　　　　　） －

 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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受　診　者 | ふ り が な氏 名 |  |  | 生年月日 | 平成令和 | 年　 月　 日 |
|  | 　　　 |
| 住 所 | 〒* 申請者に同じ
 |
| 再交付を受ける理 由 | 破　　　損　　・　　汚　　　損　　・　　紛　　　失 |
|  備　考　欄 |

（注意事項）

 　この申請は、保護者（受診者が成年患者の場合は受診者）の住所地を所轄する

保健所・支所に提出してください。