第１号の２の３様式（第１条の２関係）

小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）再交付申請書

受診者	受給者番号																	
	フリガナ													生年月日	年　月　日生（満　歳）			
	氏 名																	
	個人番号																	
	郵便番号				－					電話番号	（　　）							
	住 所	世田谷区																
申請者※1	フリガナ													受診者との続柄				
	氏 名																	
	個人番号																	
	郵便番号				－					電話番号	（　　）							
	住 所	世田谷区																
申請理由		1．破損した　　2．汚損した　　3．紛失した																
		（理由）																

上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）の再交付を申請します。

年　　月　　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世田谷保健所長　あて

※１　受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は受診者との続柄欄に本人と記載する。

※２　小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）を破損し、又は汚した場合は、お持ちの受給者証を添付してください。

身元確認	□個人番号カード　□運転免許証　□旅券　□資格確認書 □その他（　　）
個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し □職権確認　□その他（　　）

収受印欄	