様式第1号の15(第1条の9関係)

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童 | フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 男・女 | 　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 　〒　　　　　　　　　　　(電話番号　　　―　　　　―　　　　　) |
| 個人番号 | 　 |
| 保護者 | フリガナ | 　 | 児童との続柄 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| 住所 | 　□児童(受診者)と同じ　　　(電話番号　　　―　　　　―　　　　　) |
| 個人番号 | 　 |
| 再交付を申請する理由 | 紛失　　・　　汚損　　・　　破損 |
| 　　　上記のとおり、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　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　(あて先)　岐阜市長 |
| 市記入欄 | 小児慢性特定疾病医療受給者証 | 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 有効期間 | 年　月　日　　から　　年　月　日まで |
| 備考　1　新しい小児慢性特定疾病医療受給者証を再交付を受けた後に、紛失した小児慢性特定疾病医療受給者証を発見した場合は、速やかに再交付したものを市に返還してください。　2　小児慢性特定疾病医療受給者証を汚損し、又は破損した場合は、当該受給者証を添付してください。 | 受理印 |
| 　 |