

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ		受給者 番号							
	氏名									
再交付 の理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 その他 ( )									
備考	このことについて、上記のとおり申請します。 なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。  令和 年 月 日 申請者住所 〒 広島市 区 電話( - - ) 携帯( - - ) (日中連絡が取れる番号)  フリガナ ( ) 受診者との続柄 ( ) 申請者氏名 ( ) 広島市長様									

※ 破損又は汚損による再発行の場合は、元の受給者証を添付してください。