【別紙様式第6号】

小児慢性特定疾病医療受給者証 再交付申請書

受給者番号							

受診者	(ふりがな) 氏　　名	生　年　月　日	
		年　　月　　日	
	居住地		

再交付申請の理由☑	□	①破損のため
	□	②汚したため
	□	③紛失したため

＜備　考＞

私は、上記の理由により、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　　＜申請者＞

〒

居住地

氏　名

受診者との続柄

連絡先

熊　本　県　知　事　様

1　①及び②の場合は、小児慢性特定疾病受給者証を添えて申請してください。

2　小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。