

登録者証(小児慢性特定疾病) 再交付申請書

受給者番号 (医療費助成)							
要 支 援 者	フリガナ					生年月日	
	氏名					年 月 日	
	居住地					電話番号	— —
申 請 者	氏名				要支援者との続柄		
	居住地・電話番号は、要支援者本人と異なる場合に記入してください。						
	居住地					電話番号	— —
再 交 付 申 請 の 理 由	<input type="checkbox"/>	① 破損のため					
	<input type="checkbox"/>	② 汚したため					
	<input checked="" type="checkbox"/>	③ 紛失したため					
〈備考〉							
私は、上記の理由により、登録者証(小児慢性特定疾病)の再交付を申請します。							
申請者氏名							
_____年 月 日 熊本県知事 様							

* ①及び②の場合は、「登録者証(小児慢性特定疾病)」を添付してください。
 * 登録者証(小児慢性特定疾病)の再交付を受けた後、失った登録者証(小児慢性特定疾病)を発見したときは、速やかに返還してください。

〈保健所受付印〉	〈県庁受付印〉

