# 小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">受診者</td><td>受給者番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒　　－</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">保護者</td><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>受給者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所<br>（受給者と異なる場合にのみ記入）</td><td colspan="2">〒　　－</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">申請の理由<br>※該当するものに☑<br>※その他に該当する場合は、<br>その理由をご記入ください。</td><td colspan="2">□　破損<br><br>□　汚損<br><br>□　紛失<br><br>□　その他（　　）</td><td colspan="2">申請理由発生年月日<br><br>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けたいので、上記のとおり申請します。

年　　月　　日

申請者　　氏　名

（宛先）長野市長

※申請の理由が「破損」又は「汚損」の場合は、その小児慢性特定疾病医療受給者証を添付してください。