

様式第 1 号の 2 の 2（第 1 条の 2 関係）

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		個人番号	
受診者氏名			
住 所		生年月日	年 月 日
再交付の事由	1 紛 失 2 汚 損 3 破 損		
上記のとおり申請します。 申請者住所 申請者連絡先 受診者との続柄 申請者氏名 申請者個人番号 年 月 日 大分市長 足立 信也 殿			

- (注意) 1 申請者は医療費支給認定保護者（受給者証に記載された保護者）又は医療費支給認定患者（満 18 歳以上の受給者本人）とします。
- 2 再交付の事由の該当事項に○をつけてください。
- 3 汚損・破損の場合は、医療受給者証を添付して提出してください。