

小児慢性特定疾病医療費受給者証再交付申請書

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費受給者証の再交付について申請します。

受診児氏名 _____

受給者番号 _____

疾 患 名 _____

1 申請理由（該当するものに☑）

☐ 紛失 ☐ 汚損

☐ その他（具体的に記入）

（ _____ ）

2 添付書類（該当するものに☑）

☐ 小児慢性特定疾病医療費受給者証

☐ 申請者の本人確認書類（具体的に記入）

（ _____ ）

年 月 日 山 梨 県 知 事 殿

〒

住 所 _____

受診者との続柄

申請者 氏 名 _____ （ _____ ）

連絡先 _____

【受給者証の送付先】※いずれかに☑

☐ 申請者の住所・氏名宛に送付

☐ 以下の宛先へ送付

〒

住所： _____

宛名： _____

＜保健所収受印＞

＜保健所記入欄＞

☐ 申請者確認 ☐ 代理権確認