

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

(提出先)

川越市長

郵便番号

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄 ()

連 絡 先

下記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受 給 者	受給者番号			
	(フリガナ)		男・女	生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	住 所	川越市		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()			

備考

- 1 申請の理由が破損又は汚損の場合は、小児慢性特定疾病医療受給者証を添付してください。
- 2 紛失した小児慢性特定疾病医療受給者証を発見した時は、速やかに川越市に返還してください。