

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先) 前橋市長

申請者 住所

氏名

(受給者との続柄)

小児慢性特定疾病医療受給者証を紛失(破損)したので再交付を申請します。

受給者番号							
受給者氏名							
生年月日				年	月	日	
受給者住所							
疾 病 名							
医療機関名							
紛失等の状況	※該当する番号に○をつけてください。 1 所在不明 2 汚損 3 破損 4 その他						

注意事項・受給者住所の記載は、申請者住所と同一であれば不要です。