

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

公費負担者番号								受給者番号							
受診者	フリガナ							性別	生年月日						
	氏名							男・女	年 月 日						
								個人番号							
	住所	〒						電話番号	()						
東京都 豊島区		丁目		番		号									
(マンション名等)															
申請理由		1 破損した 2 汚した 3 紛失した (理由)													
申請者	フリガナ							患者との続柄							
	氏名							個人番号							
	住所	受診者と異なる場合又は受給者証の送付先について住所以外を希望する場合は、下欄に記入してください。													
〒							電話番号	()							
東京都 豊島区		丁目		番		号									
(マンション名等)															
<p>豊島区長 殿</p> <p>上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>															

※受給者証を破損し、又は汚損した場合は、その受給者証を添付してください。

身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他()	収 受 印 欄	
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他()		