第４号の２の８様式（第２条の２の４関係）

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		生年月日	
	氏名		年　月　日	
			個人番号	
	住所	〒　―　電話番号	（　）	
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		受診者との続柄	
	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	（　）	

杉並保健所長　宛

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。

年　月　日

申請者氏名

身元確認	□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書 □旅券　□在留カード　□その他（　）	収受印欄	
個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し □職権確認　□その他（　）		