

## 小児慢性特定疾病医療費受給者証再交付申請書

## 1. 受診者情報

フリガナ			生年月日		
氏名	姓	名	平成 令和	年	月 日
郵便番号	〒		日中連絡を取り やすい電話番号		
住所（市町名 から記入）					

## 2. 申請者（保護者又は成年患者）情報

フリガナ			受診者との続柄	本人・父・母・ その他（ ）
氏名	姓	名		
郵便番号	〒		日中連絡を取り やすい電話番号	
住所（市町名 から記入）				

## 3. 申請の理由（該当する理由にチェックを記入）

 破り、又は汚してしまったため 紛失してしまったため その他（ ）

※破り、又は汚してしまったための場合は、その医療費受給者証を添付すること。

栃木県知事様

小児慢性特定疾病医療費に係る受給者証の再交付を受けたいので、上記のとおり申請します。

年 月 日 申請者氏名

受理印