

## 小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)吹田市長

保護者(被保険者等)氏名

児童福祉法施行規則第7条の23第2項の規定により、下記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

受診者	氏名 個人番号 (12桁)	個人番号( )	生年月日	年 月 日
	住所	〒	受給者番号	
申請者 (保護者)	フリガナ 氏名 個人番号 (12桁)	個人番号( )	受診者との 続柄	
	住所	いずれかに☑してください。 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 受診者と異なる (〒 )		
	電話番号			
申請理由	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 (紛失の場合、理由を詳細に記入)			

(備考)

- ・破損、汚損の場合、医療受給者証を添付してください。
- ・失った医療受給者証を発見したときは返還してください。

受給者証の受け取り方法	<input type="checkbox"/> 普通郵便による郵送 <input type="checkbox"/> 母子保健課窓口受け取り (希望する方法に☑を入れてください)
普通郵便による郵送で、申請者住所と異なる送付先を希望する場合、以下に記入してください。	
〒	宛先
住所	