

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	年 月 日
	個人番号			
	フリガナ		電話番号	— —
	住所			
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		受診者との関係	
	個人番号			
	フリガナ		電話番号	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ
	住所	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ		— —
受給者番号				
再交付事由	①紛失 ②汚損 ③破損 ④その他 ( )			
備考	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費医療受給者証のみ再交付を希望する <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の再交付も希望する <input type="checkbox"/> ( )			
<p>私は、上記のとおり小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(宛先) 京都市長</p>				

※1 汚損または破損の場合は、医療受給者証を添付してください。  
 ※2 受診者が未成年又は被成年後見人等でない場合、保護者欄は空白にし、受診者との関係は本人と記載すること。