

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ							性別	生年月日		
	氏 名							男・女	年 月 日		
	フリガナ										
	住 所										
申請者（保護者）		フリガナ							受給者との続柄		
		氏 名									
		フリガナ									
		住 所 （※1）									
		連絡先									
受 給 者 番 号											
受給者証の有効期間		年		月		日		から	年 月 日 まで		
再交付申請の理由 （※2）		1. 破損又は汚損のため 2. 紛失のため 3. その他（理由を記入すること）									
上記のとおり、児童福祉法施行規則第7条の23第1項の規定により、医療受給者証の再交付を申請します。 年 月 日 申請者氏名 久留米市保健所長 宛て											

※1 受診者本人と異なる場合に記入してください。

※2 再交付申請の理由が分かるように、いずれかの番号に○をしてください。

（理由が1の場合は、医療受給者証を添えて提出してください。）