第１号の２の３様式（第１条の２関係）

小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）再交付申請書

受診者	受給者番号														
	フリガナ											生年月日	年　月　日生（満　歳）		
	氏 名														
	個人番号														
	郵便番号				－					電話番号	（　）				
	住 所	世田谷区													
申請者※1	フリガナ										受診者との続柄				
	氏 名														
	個人番号														
	郵便番号				－					電話番号	（　）				
	住 所	世田谷区													
申請理由		1. 破損した　2. 汚損した　3. 紛失した													
		（理由）													

上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）の再交付を申請します。

年　月　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世田谷保健所長　あて

※１ 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は受診者との続柄欄に本人と記載する。

※２ 小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）を破損し、又は汚した場合は、お持ちの受給者証を添付してください。

身元確認	□個人番号カード　□運転免許証　□旅券　□健康保険証 □その他（　）
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（　）

収受印欄	