様式第８号 　　　　保健所受付印

小児慢性特定疾病医療受給者証/

小児慢性特定疾病登録者証再発行申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付を申請する理由（該当に○） | 　　１　　受給者証または受給者証兼登録者証を破損した |
| 　　２　　受給者証または受給者証兼登録者証を汚損した |
| 　　３　　受給者証または受給者証兼登録者証を紛失した |
| 上記のとお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　住所　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　　　島根県知事　　様　　　　　 |