



小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

受給者氏名		受給者番号								
再交付を 申請する理由 (該当に○)	1 受給者証を破損した									
	2 受給者証を汚損した									
	3 受給者証を紛失した									
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										