

小児慢性特定疾患児手帳交付申請書

公費負担者番号		5	2	0	9	6	0	2	1
受給者番号									
疾患区分・病名									
本人	氏名								
	生年月日	昭和・平成	年	月	日				
	住所	宇都宮市							
	電話番号	()							
保護者	氏名								
	住所	本人と同じ 宇都宮市							
	電話番号	本人と同じ ()							
受信医療機関	名称								
	所在地								
<p>宇都宮市長 宛</p> <p>上記により小児慢性特定疾患児手帳を申請いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者（保護者）氏名 印</p> <p>本人との続柄 ()</p>									



の欄は、記入しないでください。

記載例

小児慢性特定疾患児手帳交付申請書									
公費負担者番号	5	2	0	9	6	0	2	1	
受給者番号								/	
疾患区分・病名									
本人	氏名	宇都宮 太郎							
	生年月日	昭和・平成11年 1月 1日							
	住所	宇都宮市旭1丁目1番5号							
	電話番号	(028)632 2296							
保護者	氏名	宇都宮 次郎							
	住所	本人と同じ 宇都宮市							
	電話番号	本人と同じ ()							
受信医療機関		名称	宇都宮市立病院					出来るだけ記入 (空欄でも可)	
		所在地	宇都宮市朝日5丁目						
<p>宇都宮市長 宛</p> <p style="text-align: center;">上記により小児慢性特定疾患児手帳を申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成16年 4月 1日</p> <p style="text-align: center;">住所 宇都宮市旭1丁目1番5号</p> <p style="text-align: center;">申請者(保護者)氏名 宇都宮 次郎 印</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄 (父)</p>									

 の欄は、記入しないでください。