（様式第２号）

小児慢性特定疾患医療受診券交付申請書（更新）

平成　　年　　月　　日

宇 都 宮 市 長 宛

住　所　宇都宮市

申請者　氏　名　　印

受給者との続柄　（　　）

下記のとおり小児慢性特定疾患医療受診券の交付を申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">受給者</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td><td colspan="2" rowspan="2">生年月日</td><td colspan="3" rowspan="2">昭和
年　月　日
平成</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="10">〒
宇都宮市</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4"></td><td>保険</td><td colspan="5">政　組　船　共　国　退　その他
1　2　3　4　5　6　7</td></tr>
<tr><td colspan="2">病　名</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診医療機関</td><td>医療機関名</td><td colspan="3">1.</td><td colspan="3">2.</td><td colspan="4">3.</td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>医療機関名</td><td colspan="3">4.</td><td colspan="3">5.</td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>所　在　地</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
</table>