

(様式第5号)

小児慢性特定疾患医療受診券病名追加申請書 (同一疾患群)

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。

受給者番号												
フリガナ												
受給者名												
認定済病名												
追加病名												
治療状況	入院	平成	年	月	日	～	通院	平成	年	月	日	～
受診医療機関	医療機関名	1.			2.			3.				
	所在地											
	医療機関名	4.			5.							
	所在地											