

(様式第7号)

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

住 所 宇都宮市

申請者氏名

受給者との続柄 ()

小児慢性特定疾病医療受給資格者証を 破損・忘失 したので、再交付を申請します。

| | | | | | | | | |
|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | |
| 受給者名 | | | | | | | | |
| 受給者住所 | (〒 -) | | | | | | | |
| 認定済病名 | | | | | | | | |