

様式第1号の4（第2条の4関係）

年 月 日

（宛先）富山市保健所長

申請者

住 所 (〒)

氏 名 (受診者との続柄：)

個人番号

電 話 - -

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

次の理由により、医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受診者氏名	(男 女)	生年月日	年 月 日 (歳)
個人番号			
住 所			
公費負担番号		受給者番号	

(理由) 紛失 ・ 汚損 ・ 破損

注1：該当事項に○をつけてください。

注2：汚損・破損の場合は受給者証を添付してください。