

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

受診者	公費負担者番号		受給者番号	
	フリガナ			生年月日
	氏名			年齢
	住所	〒		
	電話			
申請者	申請理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <small>(理由)</small>		
	上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>			
	(宛先) 板橋区長			
	フリガナ			受診者との続柄
	氏名			
住所	〒			
電話				

身元確認 個人番号カード 運転免許証 旅券 在留カード その他 _____
 個人番号確認 個人番号カード 通知カード 住民票の写し その他 _____

収受欄	
-----	--