

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

郡山市長

氏 名
申請者 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号
受診者との続柄

郡山市小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1 認定事項

受給者番号																						
受診者	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏 名																					
	個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
住 所																						

2 再交付の理由

ア 紛失 イ き損 ウ その他（ ）