

### 小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）再交付申請書

年 月 日

郡山市長

氏 名																			
申請者 個人番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																		
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（兼登録者証）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 ／ 要 支 援 者	フリガナ											生年月日	年 月 日									
	氏 名																					
	個人番号	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
住 所																						

#### 2 再交付の理由

ア 紛失                      イ 毀損                      ウ その他（                      ）