

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書										
受 診 者	フリガナ 氏 名									
	生年月日	年 月 日 (歳)								
	受給者番号	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>								
住 所	(〒 -) (電話)									
受 診 状 況	疾 病 名									
	医指定医療機関名									
	有効期間									
再交付の理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失									
状 況 説 明										
<p>上記について再交付を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>(申請者・保護者)</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>(受診者との続柄) (印)</p> <p>(連絡先)</p> <p>鳥取県 事務所長 様</p>										

※ 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。