

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ			生年月日
	氏名			平成 令和 年 月 日
	個人番号(マイナンバー)		受給者番号	
	住所	〒		
申 請 者	フリガナ			受診者との続柄
	氏名			
	個人番号(マイナンバー)		電話番号	
	住所	〒 ・受診者と同じ		
再交付を受ける理由		破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失 ・ そ の 他		
備 考				
<p>私は、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>岡 山 市 長 様</p>				

- ※1 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。  
 ※2 破損・汚損の場合は、受給者証を添付すること。  
 ※3 個人番号については、番号法に基づき、小児慢性特定疾病医療費の支給に関する事務に利用いたします。

受付担当者記入欄	郵送	入力済
----------	----	-----