

様式第 1 号の 4（第 2 条の 4 関係）

年 月 日

（宛先）富山市保健所長

申請者

住 所 （〒 ）

氏 名 （受診者との続柄： ）

個人番号

電 話 — —

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

次の理由により、医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受診者氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
個人番号			
住 所			
公費負担番号		受給者番号	

（理由） 紛失 ・ 汚損 ・ 破損

注 1：該当事項に○をつけてください。
注 2：汚損・破損の場合は受給者証を添付してください。