

<様式第3号>

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

岡山県知事 殿

(申請者)

住 所

氏 名

受診者との続柄

電 話 () ー

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、次のとおり申請します。

受給者 番 号									
受 診 者	ふりがな 氏 名						生年 月 日	平成 令和	年 月 日
	住 所	〒 ☐ 申請者に同じ							
再交付を受ける 理 由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失								
備 考 欄									

(注意事項)

この申請は、保護者（受診者が成年患者の場合は受診者）の住所地を所轄する保健所・支所に提出してください。