

小児慢性特定疾病 医療受給者証等再交付申請書

受診者	受給者番号											
	フリガナ											
	氏 名											
	住 所	〒				-						
再交付を申請するもの (○を付けてください)			小児慢性特定疾病医療受給者証									
			自己負担上限額管理票									
再交付申請の理由		※該当事項に○を付けてください。 1 紛失 2 汚損 3 破損 4 その他 (4は理由を記入してください)										
上記のとおり、再交付を申請します。 令和 年 月 日 (宛先) 奈良市長 申請者 氏名 住所 続柄 電話番号 _____ _____ 本人 ・ 父 ・ 母 ・ () _____ _____												

※保護者（受診者が18歳以上の場合は受診者）が申請してください。

※汚損、破損の場合は受給者証を添付してください。