

(様式第 14 号)

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

大阪府知事様

児童福祉法施行規則第7条の23第2項の規定により、医療受給者証の再交付を申請します。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します※受診者が18歳以上で受診者以外の方に申請を委任する場合

受診者	受給者番号	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	
	電話番号	
申請者	氏名	受診者との続柄 ()
	住所	
	電話番号	

再交付を申請する理由 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚染 <input type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> 滅失 ※破損または汚損の場合は、医療受給者証を添付してください
--	---

受給者証の受け取り方法	<input type="checkbox"/> 保健所での受け取り ※ <input checked="" type="checkbox"/> がない場合は普通郵便による郵送となります
普通郵便による郵送で、申請者住所と異なる送付先を希望する場合、以下に記入してください。 〒 _____	
住所 _____	宛名 _____