

小児慢性特定疾病医療受給者証等再交付申請書

受 診 者	ふりがな			年 月 日生(歳)
	氏 名			電話 — —
	住 所	〒		
受給者番号		年 月 日 交付		
申請理由		1. 紛失 2. 破損 3. 汚損		
		(紛失の場合、事情を詳細に記入)		
年 月 日				
上記の理由により、(小児慢性特定疾病医療受給者証 ・ 小児慢性特定疾病登録者証) の再交付を申請 します。				
※申請者…18歳未満の場合は保護者(被保険者等)、18歳以上の場合は受診者本人				
申請者氏名		受診者との続柄：()		
住所：□受診者と同じ				
□受診者と異なる				
(〒569—) ()				
(宛先) 高槻市長				

※上記の申請者以外の方が来所し、当該申請書を記入される場合は、この欄へ記入してください。
(届出者) 氏名： _____ 受診者との続柄 ()

<再交付申請書の申請上の注意>
破損、汚損の場合、医療受給者証または登録者証を提出してください。

…………… <以下 高槻市記入欄> ……………

<input type="checkbox"/> 本人確認 【個人番号カード・運転免許証・保険証等・旅券・()】 <input type="checkbox"/> 代理権確認 【戸籍等・委任状・小児慢性特定疾病医療受給者証・被保険者しか持ち得ない書類】 (個人番号カード・運転免許証・旅券・保険証等・)	<input type="checkbox"/> 住基確認済み
---	---------------------------------