（様式第６号）

高槻市 Takatsuki City

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＞

□本人確認　【個人番号カード・運転免許証・保険証・旅券・（　）】 □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・　）	□住基確認済み