

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 () 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 【マイナンバーカード・運転免許証・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】
(マイナンバーカード・運転免許証・旅券・)

□住基確認済み