

様式第7号(第7条関係)  
太枠内を記入してください。

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書				
受給者番号				
受診者	ふりがな			生年月日
	氏名			年 月
	住所	〒 -		
	個人番号			
保護者	ふりがな			受診者との続柄
	氏名			電話番号
	住所 (受診者と異なる場合のみ記入)	〒 -		
	個人番号			
再交付の理由 (該当するものに☑を してください。)		<input type="checkbox"/>	破損	
		<input type="checkbox"/>	汚損	
		<input type="checkbox"/>	紛失	
		<input type="checkbox"/>	その他( )	
備考				
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。				
年 月 日		申請者氏名		
(宛先)松本市長				

※「保護者」の欄は、受診者が満18歳未満の場合ご記入ください。  
注) 申請理由が「破損」又は「汚損」の場合は交付されている医療受給者証も併せて提出してください。

松本市受付印欄