様式第６号

|  |
| --- |
| 小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書年　　　月　　　日　　愛媛県　　　　　　　保健所長　　様居　住　地　　　　　　　　　　　　申　請　者　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　（受診者との続柄　　　　　　）電話番号　　　　　　　　　　※居住地と電話番号は、受診者本人と異なる場合のみ記入。 |
| 受診者 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏名 |  | 　　　年　　月　　日 |
| 居住地 | 〒 |  | 電話番号 |  |
|  |
| 受給者証の有効期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日 |
| 再交付の理由（該当する□にレ印を付すこと。） | □　破損又は汚損□　紛失　　　　紛失したときの状況 |

注１　破損又は汚損の場合にあっては、その小児慢性特定疾病医療受給者証を添付すること。

　　２　紛失の場合にあっては、再交付の後に失った小児慢性特定疾病医療受給者証を発見したときは速やかに再交付前の証を愛媛県に返還しなければならないこと。