

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書												
受 診 者	フリガナ 氏 名											
	生年月日	年      月      日      (      歳)										
	受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
住 所	(〒      -      )  <span style="float: right;">(電話      )</span>											
受 診 状 況	疾 病 名											
	有 効 期 間											
再 交 付 の 理 由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失											
状 況 説 明	<p style="text-align: center;">上記について再交付を届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">(申請者)</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(受診者との続柄      )</p> <p style="text-align: center;">(連絡先      )</p> <p style="text-align: center;">鳥取市長 様</p>											