

小児慢性特定疾病医療受給者証等 再交付申請書

申請者	愛媛県_____保健所長 様 下記のとおり、受給者証等の再交付を申請します。		
	_____年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ (受診者との続柄 _____)(電話番号 _____)		
受診者	※住所、電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入 ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要		
	受給者番号 <small>(※登録者証は空欄)</small>		
	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒 _____	
電話番号			
受給者証の別 <small>(該当する内容に☑)</small>	<input type="checkbox"/> 現在有効期間中の受給者証 <input type="checkbox"/> 更新後の受給者証		
再交付の理由 <small>(該当する内容に☑)</small>	<input type="checkbox"/> 紛失 ※1 <input type="checkbox"/> 破損又は汚損 ※2		

※1 再交付後に紛失した受給者証を発見したときは再交付前の証を愛媛県に返還してください。
 ※2 破損(汚損)した特定医療費(指定難病)受給者証を添付してください。

* 受給者証等の送付先について

送付先	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他	住所	氏名
		〒 _____ ※受診者と同じ場合は省略可	

* 申請に関する問合せ先について

問合せ先	<input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他	氏名(フリガナ)	受診者との続柄	電話番号
		_____ (_____)		