

## 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	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日 (満 歳)
	フリガナ		
	住所	(〒 - )	
申請者	フリガナ		受診者との 関係
	氏名		
	フリガナ		
	住所 (受診者と異なる場合に記入)	(〒 - )	
再交付の理由に	理由	日時	備考
	<input type="checkbox"/> 紛失	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 破損	年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/> その他	年 月 日	
<p>私は、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p>和歌山県知事 様</p>			

1 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。