

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書			
愛媛県	保健所長 様	年 月 日	
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。)	<input type="checkbox"/> 破損又は汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 20px; margin: 10px 0;"> 紛失したときの状況 </div>		

- 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。