

(様式第9号)

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 宇 都 宮 市 長

住 所 宇都宮市

申請者氏名

受給者との続柄 ()

小児慢性特定疾病医療受給資格者証を 破損・忘失 したので、再交付を申請します。

受給者番号								
フリガナ								
受給者名								
受給者住所	(〒 -)							
認定済病名								