**小児慢性特定医療費医療受給者証再交付申請書**

年月 日

　群馬県知事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受診者との続柄　　　　　）

　小児慢性特定医療費医療受給者証を紛失（破損）したので再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 　　　　年　月　日生 |  |  |
| 受診者住所 |  |
| 申請者氏名 |  | 受診者との続柄 |  |
| 申請者住所 | 　 |
| 紛失等の状況 | ※該当する番号に丸をつけてください。 　１　所在不明　　　　　　　　　２　汚損 　３　破損 　 　　　 　４　その他   |
|

注意事項 ・申請者住所の記載は、受診者住所と同一であれば不要です。

・受給者証を汚損・破損した場合は、当該受給者証を添えて申請してください。