

様式第8号

## 小児慢性特定疾病医療費受給者証再交付申請書

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費受給者証の再交付について申請します。

受診者名 \_\_\_\_\_

受給者番号 \_\_\_\_\_

疾病名 \_\_\_\_\_

1 申請理由（該当するものに○を付けてください。）

I 紛失

II その他（具体的に記入）

（ \_\_\_\_\_ ）

2 添付書類（該当するものに○を付けてください。）

I 小児慢性特定疾病医療費受給者証

II その他（具体的に記入）

（ \_\_\_\_\_ ）

年 月 日

住 所

申請者 氏 名 (続柄 \_\_\_\_\_ )

連絡先

山 梨 県 知 事 殿

届出申請者確認欄

免許証・住基カード・パスポート・外国人登録者証・保険証

介護保険証・身体障害者手帳・その他（発行機関等： \_\_\_\_\_ )

確認書類なし（確認方法）

\_\_\_\_\_