別紙様式第８号

 　　　　年　　月　　日

　福井市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

下記の理由により医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 種　　類 | 　　小児慢性特定疾病医療受給者証　 |
| 受　　診　　者 | 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  | 年　　　月　　　日生　　男 ・ 女 |
| 疾患群名 |  |  |
| 再交付の理由 | １　破　損 ２　汚　損 ３　紛　失４　その他（　　　　　　　 　　　） |
|  ※ |  |
|  ※自己負担上限額 | 　　　　月額　　　　　　　　　　　　　　円 |

　※保健所にて記入