別紙様式第9号（第6条第1項関係）

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

茨城県　　保健所長　殿

〒　　－

申請者　住　所

氏　名

（受診者との続柄）

ＴＥＬ

下記の事由により受給者証の再交付を申請します。

記

公　費 負担者 番　号									受給者 番　号							
受診者氏名							生年月日		年　　月　　日							

1　破損

2　汚損

3　紛失

4　その他

（注）破損又は汚損の場合は、現在お持ちの受給者証を添付して提出して下さい。