登録者証(小児慢性特定疾病)　再交付申請書

受給者番号(医療費助成)	1	2	3	4	5	6	7

要支援者	フリガナ	クマモト	ハナコ	生年月日	
	氏　名	熊本	花子	令和 ● 年 ● 月 ● 日	
	住　所	熊本市　中央　区　手取本町1番1号		電話番号	090 ― ●●●● ― ××××
申請者	氏　名	熊本	太郎	要支援者との続柄	父
	住所・電話番号は、要支援者本人と異なる場合に記入してください。				
	住　所	熊本市　　区		電話番号	―　―

再交付申請の理由☑	□	①　破損のため
	□	②　汚したため
	☑	③　紛失したため

〈備　考〉

私は、上記の理由により、登録者証(小児慢性特定疾病)の再交付を申請します。

申請者氏名　　熊本　太郎

令和 ● 年 ● 月 ● 日　　熊本市長　様

＊　①及び②の場合は、「登録者証(小児慢性特定疾病)」を添付してください。
＊　登録者証(小児慢性特定疾病)の再交付を受けた後、失った登録者証(小児慢性特定疾病)を発見したときは、速やかに返還してください。

〈区役所受付印〉