

## 医療受給者証再交付申請書

年 月 日

（宛先）秋田市長

住 所

氏 名

受診者との続柄（※1）（ ）

電話番号 （ ）

次のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。

受診者氏名（※1）		生年月日	年 月 日
住 所（※2）			
再 交 付 理 由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他（ ）		

※1 申請者と受診者が同一の場合は「本人」と記入する。

※2 申請者と異なる場合のみ記入する。