第13号様式（第14条関係）

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

公費負担者番号			受給者番号	
受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年　月　日	
			個人番号	
	住所	〒　―　電話番号	（　）	
		東京都　江戸川区　丁目　番　号		
		（マンション名等）		
申請理由		1　破損した　2　汚した　3　紛失した		
		（理由）		
申請者（※）	フリガナ		患者との続柄	
	氏名		個人番号	
	住所	受診者と異なる場合又は受給者証の送付先について住所以外を希望する場合は、下欄に記入してください。		
		〒　―　電話番号	（　）	
		東京都　江戸川区　丁目　番　号		
		（マンション名等）		

江戸川区長　殿

上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を希望します。

年　月　日

申請者氏名

身元確認	□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書 □旅券　□在留カード　□その他（　）	収受印欄	
個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し □その他（　）		

※　受診者本人と異なる場合に記入してください。

なお、受診者本人の場合は、氏名欄に「同上」と記入してください。