

様式第5号

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

豊田市保健所長 様

申請者 住 所

電話番号

氏 名

(受診者との続柄)

次のとおり、受給者証を再交付してください。

受 診 者	受 給 者 番 号	
	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	年 月 日 生
再交付申請 の 理 由	1 紛 失	
	2 き 損	