

年 月 日

石川県知事 殿

申請者

住所

氏名

(受診者との続柄 )

電話

## 小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

次の理由により受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

紛失、 汚損、 破損

上記の状況について記入してください。

受給者番号							
氏名							
生年月日				年	月	日	

- (注)
1. 該当事項に○印を付けて下さい。
  2. 汚損、破損の場合は医療券を添付して下さい。