様式第14号（第15条関係）

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。