

## 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

続柄（ ）

電話番号（ ）

個人番号（ ）

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		性 別	生年月日	年 月 日
		男・女	個人番号	
住 所				
再交付理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他（ ）			