

令和 年 月 日

秋田県知事 様

申請者 住所

氏名

受給者との間柄

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付について、次のとおり申請します。

受給者番号							
受給者氏名							
受給者住所							
再交付理由	汚損 ・ 破損 ・ 紛失 ・ その他()						

注) 汚損及び破損の場合は、その受給者証を添えて申請してください。