

別紙様式第9号(第6条第1項関係)

水戸市小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

水戸市保健所長 様

〒 ー
申請者 住 所
氏 名

(自署もしくは記名押印)

(受診者との続柄)

TEL

下記の事由により受給者証の再交付を申請します。

記

公 費 負担者 番 号										受給者 番 号									
受診者氏名							生年月日	年 月 日											
1 破損																			
2 汚損																			
3 紛失																			
4 その他																			

(注) 破損又は汚損の場合は、現在お持ちの受給者証を添付して提出して下さい。