様式第９号

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

広　島　県　知　事　　様

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

このことについて，次の理由により医療受給者証の再交付を申請します。

受診者氏名		受給者番号	
住　　所	〒　　－		
病　　名			
再交付の理由	□　紛失　　□　破損　　□　汚損　　□　盗難 □　その他［　　］		
備　　考			