

第1号様式の8（第1条の5関係）

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書			
受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	個人番号		
	フリガナ		
	住 所	〒	
受給者番号		電話番号	
医療費支給 認定保護者 (受診者が18歳 以上の場合は記 入不要)	フリガナ		受診者との続柄
	氏 名		
	個人番号		
	フリガナ		
住 所	〒		
申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 破損又は汚濁し使用に堪えないため		
備 考			
小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付について、上記のとおり申請します。 なお、紛失した小児慢性特定疾病医療受給者証を発見したときは、速やかにこれを松山市に返還します。 年 月 日 申請者（※1） 氏 名 （宛先）松山市長			

※1 申請者氏名は、受診者が18歳未満の場合は医療費支給認定保護者、受診者が18歳以上の場合は受診者本人です。

※2 従前使用していた医療受給者証を添付してください（紛失した場合を除く。）。