

様式第 1 1 号

小児慢性特定疾病医療受給者証等再交付申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市長

申請者 住 所
氏 名
個人番号 — —
対象児童等との続柄 ()

仙台市小児慢性特定疾病医療費支給認定及び支給事務取扱要領第 1 0 条の規定により、

- 小児慢性特定疾病医療受給者証
 - 自己負担上限額管理票
- の再交付を申請いたします。

記

受給者番号								重症患者認定	有 ・ 無
疾 病 名									
対象児童等	住 所								
	氏 名								
	個人番号 (マイナンバー)						生年月日	年 月 日生 (歳)	
受診医療機関	名 称								
	所 在 地								
受給者証の有効期間		年 月 日から		交付年月日		年 月 日		年 月 日まで	
理 由	<input type="checkbox"/> 汚損, 破損したため <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> その他 ()								

(注) 破損又は汚損した場合は、医療受給者証又は管理票を必ず添付してください。