

福島市小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

年 月 日

福島市長

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 受診者と異なる場合  
\_\_\_\_\_

受診者との続柄 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

福島市小児慢性特定疾病医療受給者証/登録証の再交付を申請をします。

理 由	紛 失 その他( )
受 給 者 番 号	不明
受 診 者 氏 名	ふりがな
受給者番号が不明の場合	
受 診 者 住 所	〒960- 福島市
受診者生年月日	年 月 日

福島市使用欄

申 請 者 確 認	マイナ C 運転免許証 ( )
受 給 者 番 号	再発行日