

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
電話番号 — —
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									生年月日	年 月 日 (生 歳)
対象児童等	住 所 (申請者と異なる場合記入)	〒 — 仙台市 区								
	氏 名									
受給者証の有効期間		年 月 日から			交付年月日		年 月 日			
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。