

小児慢性特定疾病医療費受給者証再交付申請書／小児慢性特定疾病登録者証再交付申請書
※該当する申請に○を記入すること。

再交付 記入例

1. 受診者情報／要支援者情報

フリガナ	トチギ	タロウ	生年月日			
氏名	姓 栃木	名 太郎	平成 令和	○年	○月	○日
郵便番号	〒320-8501		日中連絡を取り やすい電話番号			
住所（市町名 から記入）	宇都宮市塙田1-1-20					

2. 申請者（保護者又は成年患者・要支援者）情報

フリガナ	トチギ	ジロウ	受診者との続柄	本人・父・母・ その他（ ）	
氏名	姓 栃木	名 次郎			
郵便番号	〒320-8501		日中連絡を取り やすい電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	
住所（市町名 から記入）	宇都宮市塙田1-1-20				

3. 申請の理由（該当する理由にチェックを記入）

該当する理由に☑をつけてください

<input checked="" type="checkbox"/> 破り、又は汚してしまったため
<input type="checkbox"/> 紛失してしまったため
<input type="checkbox"/> その他（ ）

※破り、又は汚してしまったための場合は、その医療費受給者証又は登録者証を添付すること。

栃木県知事様

小児慢性特定疾病医療費受給者証に係る医療費受給者証又は登録者証の再交付を受けたいので、上記のとおり申請します。

令和○年 ○月 ○日 申請者氏名 栃木 次郎

申請者の氏名を記入します（※押印不要）

受理印