

受給者番号			
小児慢性 特定疾病 児童等	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
	居住地 (住所)		
	個人番号		
保護者	ふりがな	児童等との 続柄	児童等の
	氏名		
	居住地 (住所)	(児童等と異なる場合のみ記入)	
	個人番号	電話番号	
紛失	紛失年月日	年 月 日頃	
	紛失場所		
	紛失理由		
汚損 ・ 破損	再交付の理由		
	上記理由に係る 状況		
<p>児童福祉法施行規則第7条の23第1項の規定により、上記のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。 （紛失の場合） 再交付後に、失った医療受給者証を発見したときは、再交付前の医療受給者証を速やかに岐阜県知事に返還することを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>			

備考 医療受給者証を破損し、又は汚した場合における再交付の申請にあつては、当該医療受給者証を添付してください。

<p>○受給者証の疾病名表示同意について</p> <p>受給者証に疾病名が表示されることについて同意します。 ※同意されない場合は疾病番号のみ表示されます。</p>	<p>はい ・ いいえ</p>
---	-----------------

(裏面)

代理人（成年患者で本人以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

岐阜県知事 様		委任状			
委任者 (患者)	住所		年	月	日
	氏名			
私は下記の者を代理人として、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に関する権限を委任します。					
代理人	住所	〒	—	TEL	— —
	氏名			
				[委任者との関係]

※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。

※ 委任状が提出された場合、受給者証又は不認定通知は代理人あてに送付します。