

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。

1. 受診者情報／要支援者情報

フリガナ			生年月日		
氏名	姓	名	平成 令和	年	月 日
郵便番号	〒		日中連絡を取り やすい電話番号		
住所（市町名 から記入）					

2. 申請者（保護者又は成年患者・要支援者）情報

フリガナ			受診者との続柄	本人・父・母・ その他（ ）	
氏名	姓	名			
郵便番号	〒		日中連絡を取り やすい電話番号		
住所（市町名 から記入）					

3. 申請の理由（該当する理由にチェックを記入）

破り、又は汚してしまったため

紛失してしまったため

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。

年 月 日 申請者氏名

受理印