様式第７号

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ 氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日　（　　歳）
	受給者番号	
	住　　所	（〒　　－　　） （電話　　）
受診状況	疾　病　名	
	医指定医療機関名	
	有 効 期 間	
再交付の理由		破　損　・　汚　損　・　紛　失
状　況　説　明		

上記について再交付を届け出ます。

年　　月　　日

（申請者）
住　所
氏　名
（受診者との続柄　　）
（連絡先　　）

鳥取県　　事務所長　様