様式第7号

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">受給者</td><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">公費負担番号</td><td rowspan="2">7015(緑)
5247
8013(桃)
○で囲ってください</td></tr>
<tr><td rowspan="2">氏　名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>公費負担医療の受給者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">(電話　　)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請者</td><td>氏　名</td><td></td><td>受給者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">(電話　　)</td></tr>
</table>

再交付申請理由

1　破　損

2　紛　失

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。

申請者氏名

年　　月　　日

沖縄県知事　殿