

第6号様式

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書			
受診者 氏名		生年月日	年 月 日
個人番号			
住所			
申請理由			
<p>上記の理由により、小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 川崎市保健所長</p> <p>申請者 住所 〒 ー</p> <p>氏名</p> <p>個人番号</p> <p>続柄</p> <p>電話</p>			