様式第10号（第６条の４関係）

<table>
<tr><td colspan="6">小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書</td></tr>
<tr><td rowspan="5">受診者</td><td>受給者番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　　所</td><td colspan="2" rowspan="2">□申請者と同じ
（申請者と同じ場合は□にレ印を記入してください。）
〒</td><td>連絡先（電話）</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">保護者（申請者）</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>受診者との続柄</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">□申請者と同じ
（申請者と同じ場合は□にレ印を記入してください。）
〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付が必要な理由</td><td colspan="4">1　紛失　　2　汚れ　　3　破れ　　4　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

私は、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。

年　　月　　日

住　所
〒
申請者
氏　名　　（受診者との関係　　）

（宛先）
滋賀県知事

【申請者（保護者）の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏　名	本人との関係（　　） 電話（　　）