堺市小児慢性特定疾病医療受給者証　再交付願

年　月　日

堺 市 長 様

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者個人番号 □□□□□□□□□□□□

受診者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり、堺市小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付をお願いします。

受診者	受給者番号	
	受診者個人番号	
	ふりがな	
	氏　　名	
	住　　所	□申請者と同じ
	生年月日	年　月　日
再交付の理由		紛失・破損・汚損 その他（　　）

受付日		受付センター		受付者	

個人番号確認書類	個人番号カード・通知カード・住民票・住民票記載事項証明書・住基端末・その他（　　）	センター受理	
本人確認書類①	個人番号カード・運転免許証・旅券・障害者手帳・在留カード・特別永住者証明書・その他官公署発行書類及びこれに類する書類で写真表示・氏名・生年月日又は住所の記載があるもの（　　）		
本人確認書類② ※2つ以上	年金手帳・児童手当証書・特別児童扶養手当証書・小慢受給者証・その他官公署または個人番号事務実施者発行書類及びこれに類する書類で氏名・生年月日又は住所の記載があるもの（　　）	保健医療薬務課受理	
代理権確認書類	委任状・その他（　　）		
代理人氏名			