

申請書記入例

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

受診者	公費負担者番号		受給者番号	
	氏名		生年月日	年齢
	個人番号			
申請者	申請理由 (理由)	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失		
		申請日時点の年齢を記入してください。		
		破損・汚損・紛失以外の方は申請理由を記入してください。		
		私は児童福祉法第100条の規定に基づき、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。		
		(宛先) 板橋区長	申請日を記入してください。	年 月 日
	氏名		受診者との続柄	
	個人番号			
	住所	※受診者と異なる場合記入		電話

委任状

行政手続きにおける特定個人を識別するための番号の利用等（個人番号）に規定される、個人番号の提供を伴う再交付の申請（児童福祉法第100条第1項）について、下記の者に委任します。

申請者（受給者証に記載されている方・受診者が18歳以上は本人）以外の方が手続きする場合は委任状が必要です。

年 月 日

委任者氏名

(署名または記名押印)

委任者	氏名		生年月日	
	住所		受診者との続柄	