

別記様式（第4条関係）

| 小児慢性特定疾患児手帳交付申請書 | | | | |
|---|------|---------------|------|--|
| 受給者番号 | | | | |
| 本人 | 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | 電話番号 | |
| | 住所 | 鹿児島市 | | |
| 保護者 | 氏名 | | | |
| | 住所 | | 電話番号 | |
| 受診医療機関 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| <p>上記により小児慢性特定疾患児手帳の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名 (自署又は記名押印)</p> <p style="text-align: center;">(保護者)</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">鹿児島市長 殿</p> | | | | |

※ 本人及び保護者の氏名には、ふりがなを付してください。

保健所記入欄

| | |
|---------|-----------|
| 交 付 番 号 | 交 付 年 月 日 |
| — | 年 月 日 |