

別記様式（第4条関係）

小児慢性特定疾病児手帳交付申請書				
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	
指定医療機関	名称			
	所在地			
<p>上記により小児慢性特定疾病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 (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。

市記入欄

交 付 番 号	交 付 年 月 日
—	年 月 日