

小児慢性特定疾病児童手帳再交付申請書

負担者番号	5	2	1	3				
受給者番号								/
本人	フリガナ							
	氏名							
	生年月日	年		月		日		
	住所	〒	—	区郡	丁目	番号	番地	
				市町村				様方
				団地・荘	号			
				マンション・アパート				
申請者	氏名							
	本人との続柄	1	父	2	母	3	その他	
<p>上記のとおり小児慢性特定疾病児童手帳の再交付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>東京都知事殿</p>								

家庭支援課受付印	手帳送付確認印

【再交付申請書送付先】

郵便番号 163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
 東京都福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当