

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

申請者	受診者	フリガナ				
		氏名				
		住所	郵便番号	-	電話番号（ - - ）	
		生年月日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和			
	保護者	受診者が18歳未満の場合のみ、保護者欄に記入してください。				
		フリガナ				受診者との関係
		氏名				
		住所	郵便番号	-	電話番号（ - - ）	
	申請の理由		破損 ・ 汚損 ・ 紛失			
	<p style="text-align: center;">上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第27条第1項の規定により、特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">静岡県知事 様</p>					

- 注1 受診者（受診者が18歳未満の場合は、保護者）の身分証明書の写しを添付してください。
- 2 破損・汚損の場合は、破損・汚損した受給者証を添付してください。