

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	性別	男・女
		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。					
	保護者	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>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>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。