第１２号様式（第９条関係）

|  |
| --- |
| 受給者番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　診　者 | フリガナ | 　 |
| 氏名 | 　　 |
| 住所 | 〒  **-** 電話番号（　　　　－　　　　－　　　　　　） | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | 年　　　　月　　　　日 |
| 申　請　者 | ※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。※申請者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。 |
| フリガナ |  | 受診者との関係 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒  **-** 電話番号（　　　　－　　　　－　　　　　　） | 個人番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請の理由 | 破損　・　汚損　・　紛失 |
| （あて先）浜松市長　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。令和　　　年　　　月　　　日 |

注１　申請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。