

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	〒 -	個人番号									
		電話番号（ - - ）										
	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	〒 -	個人番号									
電話番号（ - - ）												
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。