

指定難病医療受給者証 再交付申請書

受給者	受給者番号													
	フリガナ					性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年齢	歳
	氏名													
住所	〒	—												
	熊本市	区												
				TEL ()										
保護者	フリガナ					受給者との続柄								
	氏名 <small>(受給者が18歳未満の場合のみ記載)</small>													
	住所 <small>(受給者と違う場合のみ記載)</small>	〒	—											
		熊本市	区											
				TEL ()										
再交付の理由		1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他 ()												
<p>記</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第26条の規定により、上記のとおり指定難病医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>熊本市長 大西 一史 様</p> <p style="text-align: right;">※ 自署の場合は押印不要です。 ※ 受診者が18歳未満の場合、</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____ (印)</p>														

※ 指定難病医療受給者証を破損、又は汚損したため、その再交付を申請するときは、破損、又は汚損した当該「指定難病医療受給者証」を添付してください。