

## 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	年 月 日	年齢	歳
	氏名					性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>熊本市長 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。