

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				生年月日	年 月 日	年齢
	氏名						歳
	住所	〒 ー 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>	〒 ー 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: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※ 受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。</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。