

指定難病医療受給者証 再交付申請書

受給者	受給者番号	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>											
	フリガナ	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				生年月日	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	年齢	<input style="width: 30px;" type="text"/>				
	氏名	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				年	<input style="width: 30px;" type="text"/>	月	<input style="width: 30px;" type="text"/>	日	<input style="width: 30px;" type="text"/>	歳	<input style="width: 30px;" type="text"/>
	住所	〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> 熊本市 <input style="width: 30px;" type="text"/> 区 <input style="width: 30px;" type="text"/>											
		TEL (<input style="width: 30px;" type="text"/>)											
保護者	フリガナ	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				受給者との続柄		<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
	氏名 <small>(受給者が18歳未満の場合のみ記載)</small>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>											
	住所 <small>(受給者と違う場合のみ記載)</small>	〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> 熊本市 <input style="width: 30px;" type="text"/> 区 <input style="width: 30px;" type="text"/>											
		TEL (<input style="width: 30px;" type="text"/>)											
再交付の理由	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他 (<input style="width: 30px;" type="text"/>)												
<p style="text-align: center;">記</p> <p style="text-align: center;">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; margin-top: 20px;"> <input style="width: 30px;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px;" type="text"/> 日 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">熊本市長 様</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申請者氏名</p>													
※ 受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。													

※ 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。