様式第９号（第９条関係）

|  |
| --- |
| 特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書 |
| 患　　者（受診者） | 特定医療（指定難病）受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな氏　　名 |  | 生　年　月　日 |
| 年　月　日　 |
| 住　　所 | □申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にレ印を記入してください。）〒 | 連絡先（電話） |
|  |
| 保　　　護　　　者 | ふりがな氏　　名 |  | 患者との続柄 |
|  |
| 住　　所 | □申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にレ印を記入してください。）〒 |
| 再交付が必要な理由 | １　紛失　　２　汚れ　　３　破れ　　４　その他（　　　　　　　） |
| 備　　　　　　　考 |  |
| 私は、上記の理由により特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。　　年　　月　　日　　　　　　　　住　所　　〒　　　　申請者　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受診者との関係　　　　　　　）（宛先）滋賀県知事　 |

注　保護者欄は、患者が18歳未満の場合に記入してください。

【受診者の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先住所 | 〒 |
| 氏　名 | 　　　本人との関係（　　　　　　　）　　　　　　電話（　　　　　　　　　　　　　　　　） |