様式第９号（第９条関係）

<table>
<tr><td colspan="8">特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書</td></tr>
<tr><td rowspan="3">患
者（受診者）</td><td>特定医療（指定難病）
受給者番号</td><td colspan="5"></td><td></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="4"></td><td colspan="2">生　年　月　日
年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">□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。）
〒</td><td colspan="2">連絡先（電話）</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">保　　護　　者</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">患者との続柄</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">□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。）
〒</td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付が必要な理由</td><td colspan="6">１　紛失　　２　汚れ　　３　破れ　　４　その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

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（　　）