

様式第5号（第3条関係）

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

受診者	フリガナ		
	氏名		
	住所	郵便番号 -	電話番号 (- -)
	生年月日	年	月 日
申請者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。 ※申請者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。		
	フリガナ		受診者との関係
	氏名		
	住所	郵便番号 -	電話番号 (- -)
申請の理由		破損 ・ 汚損 ・ 紛失	
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第27条第1項の規定により、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
(宛先) 静岡市長			

(注) 破損・汚損の場合は、破損・汚損した受給者証を添付してください。