様式第４（第１条関係）

**指定難病**

特定医療費受給者証再交付申請書

年　　月　　日

愛知県知事　殿

申　請　者

居住地

氏　名　　　　　　　　　　　　　　印

患者との続柄

電話番号

下記のとおり特定医療費受給者証の再交付を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　者 | 受給者番号 |  | | |
| フリガナ |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 |  | | |
| 居 住 地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 再交付申請の理由 | | １　　亡失 | | |
| ２　　毀損 | | |
| ３　　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付欄（保健所記入） | 保健所受付印 | 経由印 | 本庁受付印 |
|  |  |  |
|

備考　１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

　　　２　申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては省略できる。