

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		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	住所			
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄	
	氏名			
	フリガナ			
	住所			
受給者番号				
受給者証の有効期間	年	月	日	から 年 月 日 まで
再交付申請の理由	1. 破損のため 2. 紛失のため 3. その他（理由を記入すること）			
<p>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（平成26年厚生労働省令第121号）第27条の規定により、特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p>申請者氏名</p>				

※ 再交付申請の理由がわかるように、番号のいずれかに○をすること。