

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						生年月日
	氏名						年 月 日
	フリガナ						
	住所						
保 護 者 <small>（受診者が18歳未満の場合記入）</small>	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）						
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。							
年 月 日 福岡県知事 殿 申請者氏名							

※ 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。