別紙様式第７号 　　保健所受付印

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 再交付を申請する理由（該当に○） | 　　１　　受給者証を破損した |
| 　　２　　受給者証を汚損した |
| 　　３　　受給者証を紛失した |
| 上記のとおり特定医療費（指定難病）医療受給者証の再交付を申請します。 　　　　　　年　　月　　日　　　申請者　住所　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　（　　　　）　　　　　　　　　　　　島根県知事　　様　　　　　 |