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 | | | | | | | | | |