



特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証  
再交付申請書

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