



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								
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印（自筆の署名。自署でない場合は押印）</p> <p style="text-align: center;">電話番号（ ）</p> <p style="text-align: center;">島根県知事 様</p>									