

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

次のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の再交付について申請します。

受診者名 _____
受給者番号 _____
疾患名 _____

1 申請理由（該当するものに○を付けてください。）

I 紛失

II その他（具体的に記入）

（ _____ ）

2 添付書類（該当するものに○を付けてください。）

I 特定医療費（指定難病）受給者証

II その他（具体的に記入）

（ _____ ）

年 月 日

住 所

申請者 氏 名 (続柄 _____)

連絡先

山 梨 県 知 事 殿

申請者確認欄

免許証・住基カード・パスポート・外国人登録者証・保険証

介護保険証・身体障害者手帳・その他（発行機関等： _____)

確認書類なし（確認方法）
