(様式第４号)

岡山市特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

岡山市長　様

　　　年　　　月　　　日

　難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第２７条の規定により次のとおり申請します。

（申請者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 受給者  番　号 |  |  | |  | |  |  |  |  |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　　　　月　　　　　　　　日 | | 連絡先 | | －　　　　－ | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　－  岡山市　　　区 | | | | | | | | | | |
| 患者が１８歳未満の場合は以下を記入 | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | * 患者に同じ | | | 患者との続柄 | | |  | | | | |
| 保護者住所 | 〒　　　－  岡山市　　　区 | | | 保護者連絡先 | | | －　　　－ | | | | |

再交付を受ける理由　該当するものに☑をしてください。

　□ 紛失

　□ 破損

　□ 汚損

　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

（注意事項）

　破損・汚損の場合は、その医療受給者証を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 保健所処理欄（破損・汚損の場合の受給者証の回収日又は回収できない理由） | 受理日 |