様式第７－２号

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年　　　月　　　日

様

　総合事務所長

　鳥取市保健所長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ |  | |
| 氏 　　　　　名 |  |
| 患者との続柄 |  |

　　難病の患者に対する医療等に関する法第７条第４項の規定により交付された特定医療費（指定難病）受給者証について、次のとおり紛失・き損があったため、再交付を申請します。

１．受給者に関する情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 明　大  昭　平　令 | | 年　　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |
| 有効期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |

２．再交付に係る事柄

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付の理由  （該当する理由に○） | 破損　　・　　汚損　　・　　紛失 |
| 状況説明 |  |

* 破損の場合は、特定医療費（指定難病）受給者証を添付してください。