指定難病　特定医療受給者証等再交付申請書

受給者番号								

受診者	フリガナ		性　別	生　年　月　日
	氏　　名		男・女	明治　大正　昭和　平成 年　　月　　日
	電話番号			
	住　　所	〒		

保護者 （受診者が18歳未満の場合は記入してください）	フリガナ		受診者との続柄
	氏　　名		
	電話番号		
	住　　所	〒	

再交付を申請するもの（○を付けてください）		特定医療受給者証
		自己負担上限額管理票

再交付申請の理由	※該当事項に○を付けてください。 1　紛失 2　汚損 3　破損 4　その他（4は理由を記入してください　　）

上記のとおり、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、指定難病特定医療受給者証等の再交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

申請者氏名　　印

※汚損、破損の場合は医療受給者証を添付してください。