第１０号様式

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年　　月　　日

（宛先）川崎市長

申請者

住　所

氏　名

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第２７条第１項の規定により、次のとおり申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">患者</td><td>氏名</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="7">〒</td></tr>
<tr><td>日中連絡がとれる電話番号
（携帯電話番号も可）</td><td colspan="7">―　　―</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="7">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">保護者
（患者が１８歳未満の場合に記入）</td><td>氏名</td><td colspan="3"></td><td>患者との続柄</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="7">〒</td></tr>
<tr><td>日中連絡がとれる電話番号
（携帯電話番号も可）</td><td colspan="7">―　　―</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由
（該当するものに○印を付けてください。）</td><td colspan="7">１　紛失　　２　破損　　３　汚損
４　その他（　　）</td></tr>
</table>