

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。

受給者番号									
患者	氏名								
	住所	〒							
	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	—			—				
	生年月日	年		月		日			
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入)	氏名					患者と柄			
	住所	〒							
	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	—			—				
申請理由 (該当するものに○印を付けてください。)		1 紛失		2 破損		3 汚損			
		4 その他 ()	