

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

印

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		性 別	男 ・ 女
保 護 者 (患者が 18歳未 満の場 合に記 入)	氏 名					患 者 と の 続 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 ()					

備考 申請者の氏名の記入を自署で行う場合は、押印を省略することができます。