

特定医療費(指定難病)受給者証 再交付申請書

年 月 日

大阪市長 様

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。

☆太枠内の必要事項をご記入ください

受診者	フリガナ		電話番号	(自宅)
	氏名			(携帯)
	生年月日	年 月 日	受給者番号	
	住所	〒 -		
申請者	区分	<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件を申請します。(申請者欄の以下の項目への記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件を委任します。(申請者欄の各項目への記入が必要です。) <small>※受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。</small>		
	フリガナ		電話番号	(自宅)
	氏名			(携帯)
	住所	〒 -	受診者との続柄	
送付先	区分	<input type="checkbox"/> 受診者宛 <input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり (送付先設定がない場合は、受診者あて送付します)		
	フリガナ		電話番号	(自宅)
	氏名			(携帯)
	住所	〒 -	受診者との続柄	

再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他() <small>※医療受給者証が破損又は汚損したことによる場合は、当該医療受給者証の添付が必要です。</small> <small>※紛失した受給者証を発見したときは、当該受給者証を速やかに返還してください。</small>
--------	---

更新手続き期間中は、再交付の必要な方に☑を記入してください	<input type="checkbox"/> 現行の医療受給者証の再交付 <input type="checkbox"/> 更新後の医療受給者証の再交付
-------------------------------	---

(留意事項)

- 1 太枠内の口欄(チェック欄)には、該当する項目に、☑を記入してください。
- 2 今回の申請者が前回の申請者と異なる場合は、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定による申請内容の変更の届出とみなします。

《事務処理使用欄》

事務処理欄	保健所受付印	保健福祉センター受付印	確認者	
			交付履歴	
			有効期間	年 月 日
			~	年 月 日
			交付年月日	年 月 日
		階層/負担	/ 人・按・軽・高	