様式第11号

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	ﾌﾘｶﾞﾅ		電話番号	（自宅） （携帯）
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日	受給者番号	
	住所	〒　　－		
申請者	区分	☐ 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。） ☐ 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。） ※受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		電話番号	（自宅） （携帯）
	氏名			
	住所	〒　　－	受診者との続柄	
送付先	区分	☐ 受診者宛　☐ 申請者宛　☐ 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）		
	ﾌﾘｶﾞﾅ		電話番号	（自宅） （携帯）
	氏名			
	住所	〒　　－	受診者との続柄	

再交付の理由	☐ 紛失　☐ 破損　☐ 汚損　☐ その他(　　) ※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。 ※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。

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	☐ 現行の医療受給者証の再交付 ☐ 更新後の医療受給者証の再交付

（留意事項）

1　太枠内の☐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/適用区分	／