

(様式第4号)

岡山市特定医療費(指定難病)受給者証再交付申請書

岡山市長 様

年 月 日

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

(申請者)

フリガナ		受給者 番号							
患者氏名									
生年月日	年	月	日	連絡先		-	-		
住 所	〒 - 岡山市 区								
患者が18歳未満の場合は以下を記入									
保護者氏名				患者と の続柄					
保護者住所	〒 - 岡山市 区			<input type="checkbox"/> 患者に同じ	保護者 連絡先	- -			

再交付を受ける理由 該当するものに☑をしてください。

紛失

破損

汚損

その他()

(注意事項)

破損・汚損の場合は、その医療受給者証を添付してください。

保健所処理欄(破損・汚損の場合の受給者証の回収日又は回収できない理由)	受理日
-------------------------------------	-----