第７号様式

医療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

　神奈川県知事殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　居 住 地

 　　　 　　　　　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 | （ふりがな）氏　　　　　名 |  |
| 生　　年　　月　　日 | 　　年　　　月　　　日　 |
| 居住地 | 〒 |
| 日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可） |  |
| 記入してください。）（患者が１８歳未満の場合に保護者 | 氏　　　　　名 |  | 患者との続柄 |  |
| 居住地 | 〒 |
| 日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可） |  |
| 再交付を申請する理由（該当するものに○印を付けてください。） | 破損　・　汚損　・　亡失　・　滅失 |

備考　再交付を申請する理由が「破損・汚損」の場合は、従前の特定医療費（指定難病）医療受給者証を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 保健所等受理印 | 県受理印 |
|  |  |