

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書					
患者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	氏名		男・女	歳	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	受給者番号				
	住所	(〒 -) (電話 - -)			
申請理由	1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ()				
申請者氏名記載欄 <small>※患者本人（18歳未満の場合は保護者）</small>	上記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。 令和 年 月 日 札幌市長 様			収受印（保健センター）	
申請者氏名 _____ 患者との関係 _____ <small>※申請者の住所・電話番号が、患者本人と異なる場合は、以下に申請者の住所等を記載</small> 〒 (-) 電話番号 (- -) 住所 _____					
申請手続き等を委任する場合	私は、この申請に係る書類の提出を次の者に委任します。 令和 年 月 日 申請者氏名 _____ 代理人氏名 _____ 申請者との関係 _____ 〒 (-) 電話番号 (- -) 住所 _____			収受印（保健所）	
送付先住所	再交付する受給者証は、原則として患者の住所に送付しますが、送付先を別に指定する必要がある場合は、下記に記入してください。				
氏名		患者との関係			
住所	(〒 -) (電話 - -)				

※汚損、破損による再交付を申請する場合、受給者証を裏面に貼り付けてください。

持

受 給 者 証 貼 付 欄	<p>汚損・破損の場合は受給者証をここに貼り付けてください。</p> <hr/>
---	--