

特定医療費(指定難病)受給者証
再 交 付 申 請 書

年 月 日

三重県知事 へ

申請者 氏
住所

氏名 (※1)

連絡先
電話番号

受給者との
続柄 _____

次のとおり受給者証の再交付を受けたいので申請します。

受給者	受給者番号			
	氏名			
	住所	三重県		
	生年月日	年	月	日
保護者 (※2)	氏名		受給者との 続柄	
	住所	三重県		
再交付申請の理由 (該当する番号に○をつけて下さい)		1. 紛失		
		2. 汚損		
		3. 破損		
備考				受付欄
保健所使用欄		確認者		
来庁者 本人確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証+所得課税証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ()+() <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード				

※1 申請者氏名は、受給者本人が保護者(受給者が18歳未満の場合)の氏名を記入をしてください。

※2 受給者が18歳未満の場合に記入してください。