

受付番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 医療受給者証再交付申請書

相模原市長 あて

年 月 日

私(申請者)は、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第26条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	患者	受給者番号								
		フリガナ氏名 (自署又は記名押印)								印
		住所	〒 -							
		電話番号								
		生年月日	年	月	日	性別	男・女			
	保護者	フリガナ氏名 (自署又は記名押印)						患者との続柄		
		住所	〒 -							
		電話番号								
	窓口に来た人	氏名						電話番号		
		住所	〒 -					患者との続柄		

患者が18歳未満の場合に記入してください。

患者又は保護者以外の場合に記入してください。

再交付の理由	<p>該当するものに をつけてください。</p> <p>1 紛失 2 破損又は汚損 3 その他 ( )</p>
--------	---

再交付を申請する理由が「2 破損又は汚損」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。

以下、市使用欄

【保健センター】

【疾病対策課】

受付者:

入力者:

入力者:

印刷指定日:

## 書類の送付先・問合せ先

送付先 : 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班

問合せ先 : 疾病対策課 難病対策班 042-769-8324 (直通)

窓口へ直接申請される場合は、各保健センターにご提出ください。