別紙様式第4号　　令和5年4月1日改正様式

千葉県特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

千葉県知事　様

令和　　年　　月　　日

申請者	氏名		受給者との続柄	
	住所		電話番号	

下記事由により、特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号							

受給者氏名	

住　所	市　町　村　名									
	千葉県　　市町・村									
	字・番地									
	方　書 （アパート、〇〇方）									

生年月日	明治　大正 昭和　平成 令和			年			月			日										

有効期限	令和			年			月			日	～	令和			年			月			日

階層区分		自己負担限度額管理手帳の再交付の希望	有　・　無
月額自己負担限度額	円		

事 由

※　該当する番号に〇を付してください。

1　紛失

2　汚損・破損

3　その他

（内 容　　）