

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

平成 年 月 日

申請者 住所
氏名
患者との続柄
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		市区町村																	
	字・番地																			
	方書 (アパート、〇〇方)																			
生年月日	明治 大正																			
	昭和 平成																			
有効期限	平成																			
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○を付してください。																			
	1 紛失																			
	2 汚損・破損																			
	3 その他 (内容)																			

注意事項 1. 申請者本人の署名がある場合は、押印を省略できます。

