

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 氏名

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												
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ												
	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		
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ												
	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		番号確認(申請者)					身元確認(来庁者)						
<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 個人番号カード					<input type="checkbox"/> 個人番号カード						
<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 通知カード					<input type="checkbox"/> 運転免許証						
		<input type="checkbox"/> 住民票					<input type="checkbox"/> パスポート						
							<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳						
							<input type="checkbox"/> その他()						

※1 申請者氏名は、受給者本人か保護者(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。