

青 森 県 知 事 殿

申請者 住 所
氏 名 (記名・押印又は署名) 印
受給者との続柄
電話番号

特定疾患医療受給者証再交付申請書

下記のとおり、特定疾患医療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 (登録者氏名) | |
| 生 年 月 日 | 年 月 日生 |
| 住 所 | 〒 |
| 疾 患 名 | |
| 再交付の理由 ※該当する内容 の番号を○で囲 んでください。 | 1. 汚損による 2. 破損による 3. 紛失による 4. そ の 他 () |

注：1.汚損、2.破損の場合は、医療受給者証を添付してください。