

第5号様式（第4条関係）

医療受給者証再交付申請書						
受診者	フリガナ		性別	男	年齢	生 年 月 日
	氏 名			女		歳
	居 住 地	〒			電話番号	
保護者	フリガナ				受診者との続柄	
	氏 名					
	居 住 地	〒			電話番号	
<p>医療受給者証を (破った 汚した 失った) ので、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、上記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">青森県知事 殿</p>						

注1 「受診者」とは、指定難病の患者をいう。

2 「保護者」の欄は、受診者の保護者が支給認定を受けている場合に記入すること。

3 医療受給者証を破り、又は汚したため、その再交付を申請するときは、当該破り、又は汚した医療受給者証を添付すること。

4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。