様式第９号（第６条関係）

堺市特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

堺市長殿

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成２６年厚生労働省令第121号）第２７条第１項の規定により、次のとおり申請します。

			申請日	年　月　日
受診者	フリガナ		受給者番号	
	氏名		生年月日	年　月　日
	住所	〒	電話番号	（自宅） （携帯）
申請者（受診者が18歳未満の場合は保護者）	区分	☐ 受診者本人を申請者として、本件を申請します。 ※申請者欄の以下の項目への記入は不要です。 ☐ 下記の者を申請者として、本件を委任します。 ※申請者欄の以下の項目への記入が必要です。		
	フリガナ		受診者との関係	生年月日 ※保護者の場合のみ
	氏名			年　月　日
	住所	〒 ☐　受診者と同じ	電話番号	（自宅） （携帯）
送付先	区分	☐ 受診者宛　☐ 申請者宛　☐ 下記のとおり		
	（フリガナ） 氏名		受診者との関係	電話番号　（自宅） （携帯）
	住所	〒		
疾病名				
再交付理由		☐ 紛失（　受給者証のみ　・　受給者証交付時の送付物一式　） ※　紛失した受給者証を発見したときは、当該受給者証を速やかに返還してください。 ☐ 破損・汚損　※ 当該受給者証を添付してください。 ☐ その他（　　）		

注意

1　受診者欄は受診者が、申請者欄は申請者がそれぞれ自署しない場合は、記名押印をしてください。

2　必要事項を記入し、該当する項目に☑又は〇印を記入してください。

事務処理欄					
再交付対象	☐ 現受給者証　☐ 更新後の受給者証				
no	有効期間		階層区分	適用区分	交付年月日
1	年　月　日 ～　年　月　日				
2	年　月　日 ～　年　月　日				
保健センター受付欄 担当：	本庁受付欄 担当：	備考欄			