**特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）京都市長

（申請者）

住　所　〒　　　　－

氏　名

※ 受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。

受給者との続柄（　　　　）

電話（　　　　）　　　　－

　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，

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者氏名 | * 申請者と同じ
 |
| 生 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日　生　 |
| 住　　　所 | □　申請者と同じ　〒　　　　－ |
| 再交付の理由（該当するものに○） | １ 破損　　２ 汚損　　３ 紛失　　４ その他（　 　　　　） |

※破損又は汚損の場合は，「交付を受けている受給者証」を添付してください。

※送付先の変更を御希望の場合は，別途「変更申請書」を御提出ください。