

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 2 6 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
生 年 月 日	年 月 日 生
住 所	<input type="checkbox"/> 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。