様式第１2号（第１条関係）

|  |
| --- |
| 医療受給者証再交付申請書　　年　　月　　日（宛先）　　埼玉県知事　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 　　申請者：患者本人又は保護者（患者が１８歳未満の場合）の記名 |
|  | 住所 | 〒 |
|  | 氏名 |  |  |
| 電話番号 |  |
| 　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。 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者に関する事項 | 居住地 |  |
| （フリガナ）氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　 　月　　 　日 |
| 保護者に関する事項 | 居住地 |  |
| （フリガナ）氏名 |  | 患者との続柄 |  |
| 電話番号 |  |
| 再交付を申請する理由（該当するものに○） | １　破損　　２　汚損　　３　亡失　　４　滅失 |

（注意事項）

* 受給者及び申請者の本人確認ができる運転免許証等の提示をお願いします。
* 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。