

(様式第8号)

特定医療費(指定難病)受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

徳島県知事 殿

申請者 氏

住所

(電話 — —)

氏名

印

(受給(登録)者との続柄)

特定医療費(指定難病)受給者証を(破損 ・ 亡失)したので再交付を申請します。

受給(登録)者氏名		病名	
受療医療機関名 再交付が必要な医療機関を全て記入			
公費負担番号 ※亡失の場合記入略			
有効期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日まで

保健所チェック欄(申請者は記入しないでください。)	
送 付 先	1 受給者住所
	2 受給者以外
(以降は更新時期のみ記入)	
更新手続き有無	1 更新申請書・臨床調査個人票・住民票謄本・生計中心者の所得税課税(非課税)証明書等提出済(既に承認済)
	2 更新申請書・臨床調査個人票・住民票謄本・生計中心者の所得税課税(非課税)証明書等提出済(現在審査中)
	3 更新処理未実施