|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別紙様式第６号 | | | | | | |  | | | | |  | 保健所　保健所コード | |
| 特定医療費（指定難病）受給者証等再発行申請書 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 生年月日 |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日  （　　　歳） |
| 受給者番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |
| 申請者 | | 北海道知事　様  私は、上記のとおり、特定医療費（指定難病）受給者証等の再発行を申請します。  　　　年　　　月　　　日　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（署名） | | | | | | | | | | | | |
| 受給者  との続柄 |  | | | | | | | | | | | |
| 申請理由 | | | □紛失　□汚損・破損　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ※受給者及び届出者の記入は必須です。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証貼付欄 | 汚損・破損の場合は受給者証をここに貼り付けてください。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |