

特定疾患医療受給者証再交付申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

申請者 住 所

氏 名

TEL. — ( ) —

受給者との続柄

特定疾患医療受給者証を 破損・紛失 したので再交付願います。

|         |     |  |      |       |
|---------|-----|--|------|-------|
| 受給者     | 氏 名 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
|         | 住 所 |  |      |       |
| 受療医療機関名 |     |  |      |       |
| 受給者番号   |     |  |      |       |

|       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| 保 健 所 |  | 本 庁   |  |
| 受 付 印 |  | 受 付 印 |  |