

富山県知事 殿

〒
住 所
申請者
氏 名
電話番号

特定疾患医療受給者証（県単）再交付申請書

次の理由により、医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

理由 紛失 ・ 汚損 ・ 破損

受給者氏名 _____

受給者番号 _____

注1：理由の欄は該当するものに○印をつけて下さい。

注2：汚損、破損の場合は受給者証を添付して下さい。