年　　月　　日

富山県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　【申請者】

　　　　　　　　　　　　　郵便番号（　　　　　　　　　）

住所

　　電話番号

氏名

特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証（指定難病）

再交付申請書

次の理由により、（ □医療受給者証　□登録者証 ）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／要支援者　氏名

　　　受給者番号

注１：当該事項に○をつけてください。

注２：汚損、破損の受給者証／登録者証を添付して、厚生センター・支所、富山市保健所に提出してください。

注３：登録者証の再発行申請は、書面で登録者証を発行している場合に限ります。