



特定疾患医療受給者証再交付申請書

受 給 者 等	氏 名		受給者番号						
	受給者証等の 再交付を申請 する理由	1 受給者証等を破った							
		2 受給者証等を汚した							
		3 受給者証等を失った							
<p>上記のとおり特定疾患医療受給者証等の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p>申請者                    〒   <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>住所                    _____ 市・郡                    町・村                    _____ 番地</p> <p>氏名                    _____ 受給者等との続柄 ( _____ )</p> <p style="text-align: right;">※続柄は受給者 からみた場合</p> <p>電話番号                    _____ ( _____ )</p> <p>島根県知事様</p>									