第５号様式（第４条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療受給者証再交付申請書 | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | 年  齢 | 歳 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 居住地 | 〒 | | 電話番号 |  |
| 保護者 | フリガナ |  | | 受診者との続柄 |  |
| 氏名 |  | |
| 居住地 | 〒 | | 電話番号 |  |
| 破った  汚した  失った  医療受給者証を　　　　　　ので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則  第２６条の規定により、上記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。  　　　申請者氏名  収受印（県記入欄）  　　　　　　年　　　月　　　日  青森県知事　　　　　　　　殿 | | | | | |

注１　「受診者」とは、指定難病の患者をいう。

２　「保護者」の欄は、受診者の保護者が支給認定を受けている場合に記入すること。

３　医療受給者証を破り、又は汚したため、その再交付を申請するときは、当該破り、又は汚した医療受給者証を添付すること。

　４　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長とする。