

青 森 県 知 事 殿

住 所

申請者

氏 名

受給者との続柄

電話番号

特定疾患医療受給者証再交付申請書

下記のとおり、特定疾患医療受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号	
受給者氏名 (登録者氏名)	
生年月日	年 月 日
住 所	〒
疾 患 名	
再交付の理由 ※該当する内容 の番号を○で囲 んでください。	1. 汚損による 2. 破損による 3. 紛失による 4. そ の 他 ( )

注：1.汚損、2.破損の場合は、医療受給者証を添付してください。