

特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書					
受 診 者	フリガナ			生年月日	明・大・昭・平・令
	氏名				年 月 日
	住所	〒 福岡市 区		受給者番号	
(電話番号 - -)					
保 護 者 <small>(受診者が18歳未満の場合に記入)</small>	フリガナ			生年月日	受診者 との 続柄
	氏名			明・大・昭・平・令 年 月 日	
	住所	〒		□住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は☑)	
(電話番号 - -)					
受給者証の有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日			
再交付理由 <small>該当する事項に☑</small>		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票の記載欄不足のため <input type="checkbox"/> その他()のため			
上記のとおり 特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。 申請者（受診者）氏名 <small>※受診者の氏名 ※受診者が18歳未満の場合は保護者氏名</small>					窓口確認欄
令和 年 月 日 福岡市長様					