

特定疾患医療受給者証再交付申請書

申請種類	再 交 付		
受給者	ふりがな 氏 名		受給者 番号
	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒 (電話番号 - -)	
再交付理由	1. 紛失 2. その他 ()		
上記のとおり、特定疾患医療受給者証の再交付を申請します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 申請者氏名 _____ </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 香 川 県 知 事 殿 </div>			

注：申請者が受給者と異なる場合のみ、下欄をご記入ください。

申請者	住 所	〒 (電話番号)
	続 柄	

受付印	
-----	--