様式第６号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書  年　　月　　日  　愛媛県知事　　　　　様  居　住　地  申　請　者  氏　　　名　　　　　　　　　　印  （受診者との続柄）  電話番号 | | | | | | |
| 受  診  者 | フリガナ |  | | 生　年　月　日 | | |
| 氏名 |  | | 年　　　月　　　日 | | |
| 居住地 | 〒 |  | | 電話  番号 |  |
|  | | |
| 受給者番号 | |  | | | | |
| 受給者証の有効期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 再交付の理由  （該当する□に***レ***印を付すこと。） | | □　破損又は汚損  □　紛失  　　紛失したときの状況 | | | | |

　注１　申請者について、受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要。

　　２　破損又は汚損の場合にあっては、その特定医療費（指定難病）受給者証を添付すること。

　　３　紛失の場合にあっては、再交付の後に失った特定医療費（指定難病）受給者証を発見したときは速やかに再交付前の証を愛媛県に返還しなければならないこと。