

# 特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

年 月 日

京 都 府 知 事 様

(〒 ー )

申請者 住 所

氏 名 ㊞

受給者との続柄 ( )

電話 ( ) ー

下記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証を紛失しましたので、再交付を申請します。

## 記

公費負担者番号		自己負担上限額	円
特定医療費受給者番号			
住 所	〒 ー		
受給者氏名	男・女 (明・大・昭・平・令 年 月 日生)		
疾 患 名			
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		