

受給者証等再交付申請書

年 月 日

大阪府知事 様

申請者氏名 _____

申請者住所 _____

申請者電話番号 _____

大阪府特定疾患に係る医療費の援助に関する規則第 10 条第 2 項の規定により、次のとおり受給者証等の再交付を申請します。

受給者	受給者番号	
	ふりがな	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	病 名	
再交付を申請する受給者証等		再交付を申請する受給者証等に○を付けてください。 ・ 特定疾患医療受給者証 ・ 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証 ・ 肝炎インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療受給者証 ・ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証
再交付を申請する理由		再交付を申請する理由に○を付けてください。 破 損 汚 損 紛 失