

## 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	