様式第9号(第10条関係)

|  |
| --- |
| 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 |
| 　 |