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 |
|  | | | | |