第８号様式

特定疾患医療受給者票再交付申請書

年　　月　　日

京都府知事　様

（〒　　―　　）

申請者　住　所

氏　名　　㊞

（自署又は記名押印）

受給者との続柄（　　）

電話（　　）　　―

下記のとおり、特定疾患医療受給者票の再交付を申請します。

記

公費負担者番号	５ １ ２ ６	受給者番号	
受給者氏名		生年月日	年　　月　　日
住　　所	〒　　－ 電話（　　）　　－		
有効期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日		
申請理由	１．紛失　２．破損　３．汚損　４．その他（　　）		

※注意事項

・受給者及び申請者の本人確認ができる運転免許証等の提示をお願いします。

・破損又は汚損の場合は「交付を受けている受給者証」を添付してください。