

様式第8号

### 特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

下記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証を再交付願います。

もし、下記内容と相違した事実が判明した場合は、特定医療費（指定難病）受給者証の返納は勿論、これに伴う一切の責任をとることを誓約します。

受給者氏名：

受給者番号		
住所	〒	
生年月日	大正 昭和 年 月 日 生 平成 令和	男・女
病名		
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
再交付を受ける理由	・破損 ・汚損 ・紛失 ・その他（ ）	

年 月 日

申請者氏名

受給者との続柄

電話番号

大分県知事 殿

代理人が申請手続きをする場合に記入

委 任 状	代理人 氏名 _____ 生年月日 _____
	住所 _____ 続柄 _____
	連絡先 _____
	私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ※委任しない事項は二重線を記入。
	〈委任する内容〉
	1 特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請に係る手続き
	2 特定医療費（指定難病）受給者証の受領
	3 その他（ _____ ）
	年 月 日
	委任者 氏名 _____
住所 _____	