

(様式13)

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

申請者 住所

氏名

印

受給者との間柄

特定疾患医療受給者証・特定疾患登録者証再交付申請書

(特定疾患医療受給者証 ・ 特定疾患登録者証) の再交付について、

次のとおり申請します。

受給者番号							
受給者氏名							
受給者住所							
再交付理由	汚損 ・ 破損 ・ 紛失 ・ その他 ()						

注) 汚損及び破損の場合は、その受給者証又は登録者証を添えて申請してください。