別紙様式第4号　　令和6年4月1日改正様式

千葉県特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書

千葉県知事　様

令和　　年　　月　　日

申請者	カナ		受給者との続柄	
	氏名			
	住所	〒	電話番号	

下記事由により、特定医療費（指定難病）受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号	

受給者氏名	□ 申請者と同じ（☑の場合記入不要）

住　所 □ 申請者と同じ （☑の場合記入不要）	市　町　村　名：千葉県　　市 町・村 字・番地： 方　書（アパート、○○方）：
生年月日	明治　大正　昭和　平成　令和　　年　　月　　日
有効期限	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日
階層区分	
月額自己負担限度額	円
自己負担限度額管理手帳の再交付の希望	有　・　無
事 由	※　該当する番号に○を付してください。 1　紛失 2　汚損・破損 3　その他 （内 容　　）