様式第３号

|  |
| --- |
| 指定難病登録者証再交付申請書　　　　令和　　年　　月　　日（宛先）　　埼玉県知事　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 　　申請者：患者本人又は保護者（患者が１８歳未満の場合）の記名 |
|  | 住所 | 〒 |
|  | 氏名 |  |  |
| 電話番号 |  |
| 　難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第２８条第２項の規定により交付を受けた指定難病登録者証について、次のとおり再交付を申請します。 |
| 患者 | 住　　　　所 |  |
| （フリガナ）氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　 　月　　 　日 |
| 再交付を申請する理由（該当するものに○） | １　破損　　２　汚損　　３　紛失　　４　マイナンバー情報連携から書面交付への変更（書面交付が必要な理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注意事項）

* 患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「交付を受けている指定難病登録者証」を添付してください。