

## 遷延性意識障害者医療費受給者証再交付申請書

対象患者	受給者番号								有効期間	年 月 日から	年 月 日まで
	氏名						性別	男・女	生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生
	住所	(〒 - )									
申請理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失										
上記の理由により遷延性意識障害者医療費受給者証の再交付を申請します。											
年 月 日											
申請者	住所 (〒 - )										
氏名								印		管轄保健所收受印欄	
								(自署の場合は押印不要)			
対象患者との続柄 ( )											
電話番号 ( - )											
長野県 保健所長 様											

(注) 破損・汚損の場合は、受給者証を添付してください。