

(参考様式)

## 指定医指定通知書 再交付申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 指定医番号

指定医の氏名

( 年 月 日生)

次のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則に基づく指定医の指定通知書の再交付を申請します。

( ふ り が な ) 指 定 医 の 氏 名	
主として指定難病の診断を行う 医 療 機 関 の 名 称	
主として指定難病の診断を行う 医 療 機 関 の 所 在 地	〒
再交付を申請する理由 (該当するものに○印を付けて ください。)	破損 ・ 汚損 ・ 亡失 ・ 滅失

再交付を申請する理由が「破損・汚損」の場合は、従前の指定医指定通知書を添付してください。