**指定医指定通知書再交付申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　高 知 県 知 事 　様

届出者　　住所

　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属医療機関名

　下記のとおり指定医指定通知書の再交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医の種類 | １　難病指定医  ２　小児慢性特定疾病医療費 |
| 再交付の理由 | １　破損、又は汚損したため  ２　紛失したため  （注）１の理由によるときは、添付してください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 県使用欄  （処理日・処理者を記入） | 指定医番号 | 受付 | 交付 |
|  |  |  |