

(様式第8号)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
受給者番号		電話番号	
住所	〒		
再交付を 受ける理由	破 損	汚 損	紛失
備 考			

上記のとおり先天性血液凝固障害等医療受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

岡山県知事

殿

〒 電話 () -

(届出者) 住 所

氏 名

受給者との続柄