

治療受給者証再交付申請書

年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所
氏 名 印
続 柄
電話番号 () -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る治療受給者証の再交付を申請します。

ふりがな 受給者氏名		性別	
住 所			
受給者番号	----	----	----
病 名			
再交付の 理由	破 損	汚 損	紛 失
備考欄			

(注意事項)

- ・破損や汚損の場合は、治療受給者証を添付してください。
- ・なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

上記記載の電話番号への電話による連絡

上記記載の住所への文書による連絡