|  |
| --- |
| **肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証****再交付申請書** |
| ふりがな参加者氏名 |  | 生年月日 | 明・大昭・平　　年　　月　　日生 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 参加者証の有効期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 再交付の理由 | ※該当の番号を○で囲み、５の場合はカッコ内に理由を記載願います。１　紛　失　　　　　２　破　損　　　　　３　汚　損　　　　　４　盗　難５　その他 |
| 上記の理由により、肝がん・重度肝硬変治療特別促進事業参加者証の再交付を申請します。申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載） 　年　　月　　日山口県知事　様 |

（注意）破損、汚損による再交付申請の場合は、その参加者証を添付してください。