

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
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 ()		
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(押印不要、代理人の場合は代理人の氏名を記載)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">山口県知事 様</p>			

(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。