様式第９号

肝炎治療受給者証再交付申請書

　　　　年　　月　　日

　　山口県知事　様

（届出者）

住　　所　（〒　　　　　　　　）

電話番号

氏　　名

受給者との続柄（　　　　　　　）

　このことについて、下記の理由により再交付を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな受給者氏名（生年月日） |  | 受給者番号 |
| （明・大・昭・平　　年　　月　　日） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒 |
| 受療医療機関名（薬局含） | 名　称 |  | 所在地 |  |
| 名　称 |  | 所在地 |  |
| 名　称 |  | 所在地 |  |
| 名　称 |  | 所在地 |  |
| 再交付の理由（該当するものに○印を付けてください。） | １　紛　失　　　　　２　破　損（※）　　３　汚　損（※）　４　盗　難５　その他 |

* 添付書類

汚損、破損による再交付申請の場合は、その受給者証を添付してください。

――――――――下記には申請者は記入しないでください。―――――――――――――――――

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経由保健所名（健康福祉センター名） |  | 保健所受付日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 本課記載欄 | 健康増進課到達日 | 　　年　　月　　日 |
| 再交付年月日 | 　　年　　月　　日 |