様式９号（第12関係）

|  |
| --- |
| **肝炎治療受給者証返還届****（インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）** |
| 申請者 | ふりがな |  | 職業 |  |
| 氏　　名 |  | 性　　別 | 男　　女 |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 住　　　所 |  （電話　　　　　　　　　　） |
| 受給者番号 |  |
| 届出理由 |  １．県外転出　２．病気の治癒　３．死亡　４．他法適用（生活保護等）　５．他の治療法認定　６．その他（　　　　　　　　　） |
| 発 生 日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　転居　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　　　　死亡認定 |
| 転出先・その他理由 |   |
| 備　考 |
|  　肝炎治療受給者証を返還します。 　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　月　　日 　　和歌山県知事　様 |

　※ 県外転出の場合の転出先、その他の場合の理由欄には必ずご記入ください。