様式７号（第８の３関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **肝炎治療受給者証再交付申請書**  **（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 |  | | |
| 申請理由 | | １．破損・汚損　２．紛失　３．盗難　４．その他（　　　　　） | | |
| （備考） | | | | |
| 肝炎治療受給者証の再交付を申請します。  　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　和歌山県知事　様 | | | | |

　※ 破損・汚損の場合は受給者証を返却してください。