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。