



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 氏名		性別	男 女
	生年月日	年 月 日	職業	
	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。 <div style="text-align: center;"> 申請者氏名 年 月 日 和歌山県知事 様 </div>				

※ 破損・汚損の場合は受給者証を返却してください。