

平成 年 月 日

青森県知事 殿

住 所
申請者 氏 名
(認・押はた署名)
受給者との続柄 印

肝炎治療受給者証再交付申請書

下記のとおり、肝炎治療受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号	
受給者氏名	
住 所	
再交付の理由 (右欄の該当するものを○で囲んでください。)	汚損 破損 紛失 その他 ()

注 汚損、破損の場合は、受給者証を添付してください。