第６号様式（第１１関係）

　　年　　月　　日

　青森県知事　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者　 | 住　　所氏　　名 　　　 　受給者との続柄電話番号 |

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

　下記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医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 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日　 |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 受療医療機関名 |  |
|  |
| 再交付の理由※該当する内容の番号を○で囲んでください。 |  １．汚損による　 ２．破損による ３．紛失による　４．そ　の　他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

 注：1.汚損、2.破損の場合は、医療受給者証を添付してください。