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。