

## 肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

茨城県 保健所長 殿

<b>【申請者】</b> (〒      -      ) 住 所  氏 名  (受給者との続柄 :      ) 電 話 (      )      -      )
---

下記の事由により治療受給者証等の再交付を申請します。

### 記

受 給 者 番 号		性別	男 ・ 女
氏 名		生年 月日	年 月 日生
理 由	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他 (      )		

注) 1 破損又は汚損の場合は、現在お持ちの治療受給者証を添付してください。