

千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証再交付申請書

保健所受付年月日

千葉県知事

様

年 月 日

申請者 住 所  
氏 名  
患者との続柄  
電話番号

印

下記事由により、先天性血液凝固因子障害等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	市 町 村 名									
	千葉県	市区町村								
	字・番地									
	方 書 (アパート、〇〇方)									
生年月日	元号	年	月	日						
有効期限	元号	年	月	日	～	元号	年	月	日	
事 由	※ 該当する番号に○を付してください。									
	1	紛失								
	2	汚損・破損								
	3	その他 内容								

注意事項 1. 申請者本人の署名がある場合は、押印を省略できます。