

## 治療受給者証再交付申請書

年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所  
氏 名  
続 柄  
電話番号 ( ) -

次のとおり、肝炎治療特別促進事業に係る治療受給者証の再交付を申請します。

ふりがな 受給者氏名		性別	
住 所			
受給者番号			
病 名			
再交付の 理 由	破 損	汚 損	紛 失
備考欄			

(注意事項)

- 破損や汚損の場合は、治療受給者証を添付してください。
- 受付後に書類の不備等でご連絡が必要な場合は電話にてご連絡いたします。