

## 肝炎治療受給者証再交付申請書

受 給 者	受給者番号									
	氏名									
	生年月日	年	月	日	性別					
	住所	〒								

再交付を申請する理由（当該理由に○を付けてください。）

紛失 ・ 汚損 ・ 破損

上記の理由により、肝炎治療受給者証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名 (本人との続柄 )

(電話 — — )

滋賀県知事様

保健所受付印

(注)汚損または破損の場合は、肝炎治療受給者証を添付してください。

--