様式第１４号（第１１関係）

肝炎治療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

　広　島　県　知　事　様

次の理由により受給者証の再交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　－電話番号（　　　　）　　　 　-　　　　　　　　□本人・□関係者　　　　　　　※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 |
| 再交付の理由 | １　紛失　　２　破損　　３　汚損　　４　盗難　　５　その他（　　　　　　　　） |
| 備考 |  |

※破損、汚損の場合は、受給者証の原本を添付すること。