

(様式8)

肝炎治療受給者証再交付申請書				
氏 ふ り が な 名				
生年月日	明・大・昭 平・令	年	月	日
居住地				
再交付が必要な理由	<input type="checkbox"/> 汚損したため <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> その他		(その他の場合の具体的な理由)	
上記により、肝炎治療受給者証の再交付を申請します。				
年		月	日	申請者氏名
香川県知事 殿				