

(様式8)

|   |  |                 |     |
|---|--|-----------------|-----|
| 肝炎治療受給者証再交付申請書  |  |                 |     |
| 氏 名   |  |                 |     |
| 生 年 月 日   | 明・大・昭<br>平・令                      年                      月                      日                  | 性 別             | 男・女 |
| 居 住 地   |  |                 |     |
| 再 交 付 が<br>必要 な 理 由   | <input type="checkbox"/> 汚損したため<br><input type="checkbox"/> 紛失したため<br><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。<br><br>年            月            日                                      申請者氏名<br><br>香川県知事            殿 |  |                 |     |