（様式８）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 肝炎治療受給者証再交付申請書 | | | | | |
| 受給者番号 |  | | | | |
|  |  | | | | |
| 生年月日 |  | 年　　　　　月　　　　　日 | | 性　別 | 男・女 |
| 居住地 |  | | | | |
| 再交付が  必要な理由 | □　　汚損したため  □　　紛失したため  □　　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 | | | | | |
| 県事務処理欄   |  |  | | --- | --- | | 受付年月日 | 年　　　月　　　日 | | 決裁年月日 | 年　　　月　　　日 | | 再交付年月日 | 年　　　月　　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 決  裁 |  |  |  |  |  |  | 担当 | |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |