（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 |
|  |  |  |  |  |  |  |

 |