

(様式8)

| 肝炎治療受給者証再交付申請書            |  |                 |     |  |  |  |    |
|---------------------------|--|-----------------|-----|--|--|--|----|
| 受給者番号                     |  |                 |     |  |  |  |    |
| ふりがな氏名                    |  |                 |     |  |  |  |    |
| 生年月日                      | 年 月 日  | 性別              | 男・女 |  |  |  |    |
| 居住地                       |  |                 |     |  |  |  |    |
| 再交付が必要な理由                 | <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。 |  |                 |     |  |  |  |    |
| 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 |
|                           |  |                 |     |  |  |  |    |