様式8

千葉県先天性血液凝固因子障害等受給者証再交付申請書

保健所受付年月日

千葉県知事　　様

年　　月　　日

申請者　住　所
氏　名　　㊞
患者との続柄
電話番号

下記事由により、先天性血液凝固因子障害等受給者証の再交付を申請します。

記

受給者番号											

受給者氏名	

住　所	市　町　村　名 千葉県　　市区町村 字・番地 方　書 (アパート、○○方)
生年月日	元号　年　月　日
有効期限	元号　年　月　日　～　元号　年　月　日
事 由	※　該当する番号に○を付してください。 1　紛失 2　汚損・破損 3　その他 （内 容　　）

注意事項　　1. 申請者本人の署名がある場合は、押印を省略できます。