

様式1

# 千葉県先天性血液凝固因子障害等治療研究費申請書

保健所受付年月日

○をつける		
新規	更新	転入

受給者番号 (更新の場合に記入)						

患者氏名	カナ氏名																			
	漢字氏名																			

住基確認
1. 確認日
2. 確認者押印

生 年 月 日				
元号	年	月	日	

電 話 番 号									

患 者 住 所	郵便番号				市町村名								性別							
					千葉県								○をつける							
					市区町村								男   女							
	字・番地	漢字																		
	方書 (アパート、○○方)	漢字																		

加入保険	保 険 種 別 (いずれかに○をつける)								被保険者との続柄	
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2
	協会健保	組合	共済	国保(一般)	国保(退職)	後期高齢	国保組合	その他	本人	本人以外

病院名(薬局含む)	住 所	電 話 番 号

有効期間	年 月 日 から	年 月 日
------	----------	-------

注 1. 氏名については、カナ・漢字とも、姓・名の間を1マス空けてください。  
 2.  内は記入しないでください。(保健所で記入します。)

先天性血液凝固因子障害等受給者証の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

千葉県知事 様 申請者 住 所

氏 名

患者との続柄