

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

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

保健所受付年月日

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 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 内 容 </div>																