

# 肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

京都府知事 様

(〒 ー )

申請者 住 所

氏 名 ㊟

※自筆の場合は押印不要

※代理人に申請を委任する場合は代理人の氏名と押印

受給者との続柄 ( )

電話 ( ) ー

下記のとおり肝炎治療受給者証を紛失しましたので、再交付を申請します。

記

公費負担者番号	
受給者番号	
住 所	
受給者氏名	( 年 月 日生)
疾 患 名	
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
紛 失 理 由	