

第4号様式

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

滋賀県知事

殿

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄

下記の理由により、受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

紛失、汚損、破損

受給者番号						
受給者氏名						

- (注) 1. 該当事項に○をつけて下さい。
2. 汚損、破損の場合は、受給者証を添付して提出してください。