第９号様式（第１２関係）

　　 年　　 月 　　日

青森県知事　　　　　　　　　 殿

住 　所

申請者 氏 　名

受給者との続柄

肝炎治療受給者証再交付申請書

下記のとおり、肝炎治療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 |  |
| 再交付の理由（右欄の該当するものを○で囲んでください。） | 汚損破損紛失その他（理由： 　　　　） |

注 汚損、破損の場合は、受給者証を添付してください。