様式第７号（第１７条関係）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再発行申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　殿

住所

（ 申 請 者 ） 氏名 　　　印

受給者との続柄（　　　　　）

　　　　　　　　電話番号　（　　　 ）　　 －

　下記理由により、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の再発行を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | ５ | １ | ４ | ０ | ７ | | ０ | １ | ３ |  | | ９ | | ９ | |  |  |  |  |  |
| 受        給      者 | 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | 職業 | |  | | | | | | | |
|  | 年 　　月 　　日 | | | | | | | | | |
| 住　　　 所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 年 月 日から　　 　年　３ 月３１日まで | | | | | | | | | | | | | | |
| 再発行を必要とする理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | （保健福祉環境事務所収受印） | | | | | |
| 自署する場合は押印を省略することができます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |