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。 |