

様式第6号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

郵便番号

住所

申請者 氏名

受給者との続柄

電話番号

次の理由により、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の再交付を申請します。

| | | | | |
|----------------------------------|--|--|-----|--------|
| 受給者 | ふりがな | | 男・女 | 年 月 日生 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| 病名 | | | | |
| 再交付の理由 (右のいずれかを○で囲んでください) | 1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 その他 () | | | |

(注) 破損又は汚損の場合は、受給者証を添付して下さい。