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

　栃木県知事　　　　　　　　　　　様

住　　所

電話番号

氏　　名

受給者との続柄

　先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を破損・忘失したので、再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | ９ | ９ |  |  |  |  |  | 受給者氏名 |  |
| 住　　　所 |  |
| 医療機関名 |  |
|  |
|  |