



肝炎治療受給者証再交付申請書 （インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）				
申請者	ふりがな		職 業	
	氏 名		性 別	男 女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	住 所	(電話)		
	受給者番号			
申請理由	1. 破損・汚損 2. 紛失 3. 盗難 4. その他 ()			
(備考)				
肝炎治療受給者証の再交付を申請します。 <div style="text-align: center;"> 申請者氏名 年 月 日 和歌山県知事 様 </div>				

※ 破損・汚損の場合は受給者証を返却してください。