

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		年 月 日生
	氏名		
	住所	(〒)	
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。