

(様式第7号)

平成 年 月 日

山形県知事 殿

(申請者) 住所 _____

氏名 _____ ㊟

(受給者との続柄:)

電話番号 _____

肝炎治療受給者証再交付申請書

肝炎治療受給者証を紛失（破損）したので、再交付を申請します。

| | | | |
|--------|--|-------|--|
| 受給者番号 | | 受給者氏名 | |
| 紛失等の状況 | | | |

※ 破損の場合、受給者証を添付してください。