

様式第7号（第9条関係）（用紙 日本工業規格A4縦型）

| 肝炎治療受給者証再交付申請書   |                                 |       |    |     |
|--|---------------------------------|-------|----|-----|
| 申請者  | ふりがな<br>氏名                      |       | 性別 | 男 女 |
|  | 生年月日                            | 年 月 日 | 職業 |     |
|  | 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)   |                                 |       |    |     |
| <p>肝炎治療受給者証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (印)<br/>(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)</p> |                                 |       |    |     |

(注) 破損又は汚損の場合は、破損し、又は汚損した肝炎治療受給者証を添えてください。