

(様式6)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

受給者氏名

受給者番号

受給者住所

電話番号

申請者氏名

申請者住所

電話番号

下記の理由により受給者証の再交付を申請します。

1 : 紛失

2 : 汚損

3 : 破損

再発行を申請する医療機関名