

第4号様式（第6条関係）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

下記のとおり先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の再交付を願います。

受給者番号		重症認定 の有無	有 無
居住地			
受給者氏名			
生年月日	年 月 日 生		
病名			
受療医療 機関	名称		
	名称		
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
再交付を受ける理由	破損 汚損 紛失 その他（ ）		
上記理由にかかる理由（詳細に記載すること）			

年 月 日

申請者氏名

受給者との続柄

大分県知事 殿