

年 月 日

青森県知事 殿

住 所

申請者

氏 名

受給者との続柄

電話番号

### 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

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申請します。

記

受給者番号		受給者氏名	
生 年 月 日		年 月 日	
住 所	〒		
受療医療機関名			
再交付の理由 ※該当する内容の 番号を○で囲んで ください。	1. 汚損による 2. 破損による 3. 紛失による 4. その他（ ）		

注：1. 汚損、2. 破損の場合は、医療受給者証を添付してください。