

肝炎治療受給者証再交付申請書

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 —)

申請者住所

申請者氏名

印

受給者との続柄(受給者の

)

肝炎治療に係る医療費用交付規則第7条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

受給者番号					
受給者	フリガナ氏名				
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女	
	住所	(〒 —)	(電話 — —)		
		宮城県	市・郡	区・町・村	
		(マンション・アパート名, 室番号:)			
再交付年月日		年 月 日			
申請理由		1 破損 2 汚損 3 紛失 (理由)			

(注) 受給者証の破損・汚損の場合には、当該受給者証を添付してください。