

(様式6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

年 月 日

熊本県知事

様

申請者 氏

住 所

氏 名

電 話

下記のとおり受給者証の再交付を申請します。

受 給 者	氏 名		受給者番号											
	住 所													
	生年月日	年	月	日										
再交付申請の理由		1. 亡 失 2. き 損 3. その他 ()												