（様式第８号）（要領第５関係）

ウイルス肝炎医療費受給者証　再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">受給者</td><td>受給者番号</td><td colspan="7"></td><td>有効期間</td><td>年　月　日から
年　月　日まで</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="9">破損・汚損・紛失</td></tr>
</table>

上記理由により、ウイルス肝炎医療費受給者証の再交付を申請します。

年　月　日

住　所　（〒　－　）

申請者

（電話　－　－　）

氏　名

受給者との続柄（　）

＿＿＿＿＿保健所長　様

管轄保健所収受印欄

（注）破損又は汚損の場合は、受給者証を添付してください。