

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

受給者	受給者番号				
	フリガナ		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	住所	〒 - (電話) - -			
申請者	氏名	受給者と同じ場合は記載不要	受給者との続柄		
	住所	〒 - (電話) - -			
再交付の理由					
上記のとおり、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。					
令和 年 月 日					
長崎県知事 様					