

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
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				