

第 10 号様式

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

京 都 府 知 事 様

(〒 ー)

申 請 者 住 所

氏 名

㊞

受給者との続柄 ()

電話 () ー

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を紛失しましたので、下記のとおり再交付を申請します。

記

受給者番号	
受給者氏名	(明・大・昭・平 年 月 日生)
住 所	
病 名	先天性血液凝固因子障害等
医療機関名	①
	②
	③
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

