

様式第5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

山形県知事 殿

届出者（受給者）

住 所

氏 名

（記名押印又は署名）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を紛失（破損）したので、再交付を申請します。

受給者番号									受給者氏名	
紛失等の状況										