

第8号様式（第14関係）

肝炎治療受給者証・自己負担限度月額管理票再交付申請書

年 月 日

高知県知事 様

申請者 氏名

高知県肝炎治療特別促進事業実施要綱第14の1の規定により、下記の理由により、抗ウイルス治療（受給者証・自己負担限度月額管理票）の再交付を申請します（該当するものを○で囲んでください。）。

受給者番号								
受給者氏名								
生年月日	年 月 日生						性別	男・女
住 所	〒 —							
保健医療機関								
再交付の理由	1 破損又は汚損したため 2 紛失したため							

(注) 1の理由による場合は、受給者証を添えてください。