（別紙様式10）

**肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証**

**再交付申請書**

 　 　　 　 　　　　 年　　 月　　 日

　　　高知県知事 　様

 申請者　 氏　名

　高知県肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業実施要綱第17の１の規定により、下記の理由により、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 参加者氏名 |  |
| 生年月日 | 　　 　　 　　　年　　 月　 　 日 生 |  性別 |   男・女 |
| 住　　　所 | 〒　　　　　－　　　  |
| 保険種別 | 協　・　組　・　共　・　国　・　後 |
| 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の理由によるときは、受給者証を添えてください。