

結核患者票再交付申請書

令和 年 月 日

奈良市保健所長 殿

申請者 住所
(患者又は保護者)
氏名

患者氏名	
患者生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
公費負担の受給者番号	
再交付理由	※ 該当箇所に○を付けてください。 1. 紛失 2. 汚損 3. 破損 4. その他 〔 〕