

様式第7（第12関係）

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業受給者票返納届出書

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

住 所

氏 名

受給者との続柄

下記のとおり受給者票を返納します。

記

対象患者	氏 名	
	住 所	
受 給 者 番 号		
返 納 理 由	1 死 亡 2 県 外 転 出 3 そ の 他 ( )	
発 生 年 月 日	年 月 日	
備 考		

- (注) 1 受給者票を添付してください。  
2 受給者票の返納の事由が生じたときは、14日以内に保健所へ届け出てください。  
3 受給者票を紛失したときは、備考欄にその旨記入してください。