

年 月 日

B型・C型肝炎患者医療給付事業費請求書（受給者請求用）に係る選任届

愛 知 県 知 事 殿

（B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者）

住 所

氏 名

B型・C型肝炎患者医療給付事業費の請求者として、下記の者を選任いたします。

記

- 1 B型・C型肝炎患者医療給付事業受給者

住所

氏名

- 2 B型・C型肝炎患者医療給付事業費の請求者として選任された者

住所

氏名

受給者との続柄