

# 申 立 書

年 月 日

大阪府知事 様

申請者

住所

氏名

肝炎治療医療費援助事業の受給者証交付申請にあたり、主治医と相談のうえ治療開始日を決定していますので、下記のとおり受給者証の承認開始日としていただきますように申し立てます。

記

年 月 日

---