

大阪府知事 様

年 月 日

肝炎治療受給資格取消願

私は 年 月 日から 年 月 日までの有効期間がある肝炎インターフェロンフリー治療受給者証を 年 月 日に交付されましたが、下記理由により今まで一度も制度を利用することができませんでした。よって、肝炎治療受給者としての資格の取消しを願い出ます。

記

- 申請者住所
- 申請者氏名
- 受給者氏名 (受給者番号: )
- 申請時の治療予定開始時期 年 月から
- 制度を利用できなかった理由又は治療を始められなかった理由