

様式第9号（第6条関係）

養育医療券再交付申請書

受療者	ふりがな 氏名		性別		生年 月日	年 月 日
	居住地					
	住所					
公費負担者番号				交付年月日	年 月 日	
公費負担医療受給者番号						
申請理由		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（                      ）				
紛失の場合における経緯						
備考						
<p>上記のとおり養育医療券の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>いなべ市長 宛</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 受療者との続柄 電話番号</p>						

注 破損又は汚損の場合は、当該養育医療券を添付してください。