

養 育 医 療 券 再 交 付 申 請 書				
乳 児 (受療者)	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	住 所			
受給者番号				
申請理由	1. 破 損 2. 汚 損 3. 紛 失			
備 考				
<p style="text-align: center;">上記の理由により、医療券の再交付を願いたく申請します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申請者</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">(あて先) 八 尾 市 長</p>				

(破損又は汚損の場合は、お持ちの医療券を添付してください。)