様式第６号（第９条関係）

<table>
<tr><td colspan="6">養育医療券再交付申請書</td></tr>
<tr><td rowspan="2">受 領 者</td><td>氏名</td><td colspan="2"></td><td>男
女</td><td>年　月　日生</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td colspan="2">公費負担者番号</td><td colspan="2">２３２７６３４８</td><td>交 付 年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="2">受 給 者 番 号</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="5">１.破損　　２.汚損　　３.紛失</td></tr>
<tr><td>紛失の場合は事情をくわしく書いて下さい。</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">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。

平成　　年　　月　　日

申請者（自署又は記名押印）

阪南市長　　様</td></tr>
</table>

（破損及び汚損の場合は医療券を添付すること。）