様式第７号（第９条関係）

養 育 医 療 券 再 交 付 申 請 書

公費負担者番号	２３２７６３４８	本人（受療者）	氏名 生年月日　　・　　・ （ 男 ・ 女 ）
受 給 者 番 号			
申　請　理　由	１．破損　　２．汚損　　３．紛失　　４．その他（　　）		
紛失の場合は事情をくわしく書いてください			

上記のとおり医療券の再発行を申請します。

年　　月　　日

申請者

〒　　－

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄　本人の＿＿＿＿＿＿

－　　－

電 話 番 号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

阪 南 市 長　　様

（破損及び汚損の場合は医療券を添付してください。）