

養育医療券再交付申請書

受 療 者	氏 名		男・女	令和	年	月	日生			
	住 所	紀宝町								
医 療 券 番 号	負 担 者 番 号	2	3	2	4	6	3	0	9	交 付 年 月 日
	受 給 者 番 号								年 月 日	
申 請 理 由	1 破 損 2 汚 損 3 紛 失 4 その他 ()									
紛失の場合は 事情を詳しく 書いてくださ い。										
上記の理由により、医療券の再交付を申請します。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 申 請 者 住 所 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin: 10px 0;"> 氏 名 印 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 紀宝町長 あて </div>										

(破損及び汚損の場合は医療券を添付のこと)