

年 月 日

(宛先) 太田市長

申請者 住所

(保護者) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

受給者との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

## 養育医療券再交付申請書

次のとおり養育医療券の再交付を申請します。

受給者氏名		生年月日	年 月 日
申請者	氏 名		
	住 所		
指定医療機関名			
有 効 期 間		年 月 日から	年 月 日まで
再交付申請の理由			

\*以下は記入しないでください。

受理日	受給者番号	認定
		承認・不承認