

様式第6号（第6条関係）

養育医療券再交付申請書

年 月 日

西脇市長 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

電話番号

受療者との続柄（ ）

受療者	公費負担医療の受給者番号				
	氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
	住 所				
扶 養 義務者	氏 名		受 療 者 との続柄		
	住 所				
再交付 申請の 理 由	紛失 ・ 毀損				

- (注) 1 破れたり、汚れたりした医療券は添付すること。
2 紛失した医療券を発見したときは返納すること。