

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

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。