第１号様式（第４条関係）

養育医療券再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">受療者</td><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>性 別</td><td></td><td>生 年
月 日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>居 住 地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td></td><td colspan="2">交付年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担医療
受給者番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申　請　理　由</td><td colspan="5">□破損　□汚損　□紛失　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">紛失の場合
における経緯</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

上記のとおり養育医療券の再交付を申請します。

年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　印

受療者との続柄

電話番号

東員町長　　様

（注）破損、汚損の場合は、当該養育医療券を添付してください。