

様式第8号（第5条関係）

<p style="text-align: center;">養育医療券再交付申請書</p>		認 定	承認 ・ 不承認
			番号
紛失又はき損した 医 療 券 等			
受 療 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
指定養育医療機関			
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
再交付申請の理由			
<p>上記のとおり養育医療券の再発行を申請します。</p> <p>（あて先） 高崎市長</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 〃</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">（受療者との続柄 _____）</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p>			