

要領様式 5

<p style="text-align: center;">養育医療券等再交付申請書</p>		認	承認・不承認
		定	番号
紛失又は毀損した 医 療 券 等			
患 者 氏 名		平成 年 月 日生	
申 請 者	住 所		
	氏 名		
医 療 機 関 名			
有 効 期 間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
再交付申請の理由			
<p>上記のとおり医療券の再交付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>草津町長 あて</p>			