

要領様式 5

<h2 style="margin: 0;">養育医療券等再交付申請書</h2>		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 style="margin: 0;">上記のとおり医療券の再交付を申請します。</p> <p style="margin: 10px 0 0 40px;">平成 年 月 日</p> <p style="margin: 20px 0 0 400px;">申請者 住 所</p> <p style="margin: 0 0 0 400px;">氏 名</p> <p style="margin: 0 0 0 880px;">Ⓜ</p> <p style="margin: 20px 0 0 200px;">草津町長 あて</p>			