

様式第5号（第4条関係）

養 育 医 療 券 再 交 付 申 請 書				
受 療 者 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
扶養義務者氏名			受療者との続柄	
扶養義務者住所				
受 給 者 番 号		指 定 養 育 医 療 機 関 名		
申請理由				
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 〒 申 請 者 氏 名 受療者との続柄 電 話 可児市長 様				
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	