様式第８号（第６条関係）

養育医療券再交付申請書	
受給者番号	
受給者氏名	
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	

上記のとおり養育医療券の再交付を申請します。

年　月　日

安中市長　様

申請者　住所

氏名

（本人との続柄　　）

電話番号

安中市記入欄（以下は、記入しないでください。）

受付年月日	設定状況	番号	認定年月日
	承認　・　不承認		