

様式第7号

養育医療券再交付申請書

年 月 日

小樽市保健所長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

受療者との続柄

養育医療券再交付を申請します。

交付年月日	年 月 日		
受 療 者	氏 名		性別 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日	
再 交 付 理 由	1 破損 2 き損 3 紛失 4 その他)		