様式第１０号

養育医療券再交付届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受療者 | 氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生 | | | | | | | |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | （　　　　　－　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　（電話） | | | | | | | |
| 受給状況 | 医療機関名 |  | | | | | | | |
| 有効期限 |  | | | | | | | |
| 再交付の理由 | | 紛失　・　き損　・　その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 状況の説明 | |  | | | | | | | |
| 上記について再交付を届け出ます。    　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　八頭町長　様 | | | | | | | | | |

※氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。