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。