様式第５号（第７条関係）

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			本人との続柄	
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				

医療券を紛失（毀損）しましたので、再交付を申請します。

年　月　日

申請者住所　郵便番号

本人との続柄

申請者氏名
（自署もしくは記名押印）

電話番号

（宛先）向日市長

申請受付年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日