

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	