

様式第7号（第4条関係）

養育医療券再交付申請書

公費負担者番号										受給者番号								
本人	ふりがな								男・女	生年月日	年 月 日							
	氏 名																	
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 (電話)																
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒 (電話)																
保護者	氏名								続柄									
	居 住 地	〒 (電話)																
医療保険各法による 記 号 及 び 番 号									保険者等の名称									
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地が本人現在地と同じ場合は、省略可能)																		
再交付申請の理由																		
上記のとおり養育医療券の再交付を申請します。 申請者 住所 本人との続柄 申請者氏名 電話 年 月 日 那須塩原市長 様																		

※太枠の中のみ御記入ください。

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先を記入してください。