

養育医療券再交付申請書

養育医療券の番号		交付年月日		年 月 日
受給者の氏名		男・女	生年月日	年 月 日
再交付を必要とする理由				
<p>上記により養育医療券の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">受給者との続柄</p> <p>米沢市長 あて</p>				