


養育医療券再交付申請書				
受療者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名		受療者との続柄		
保護者住所				
養育医療券 受給者番号		指定養育医療機関名		
申請理由				
<p>養育医療券を紛失(毀損)しましたので、再交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">申 請 者 住 所</p> <p style="text-align: right;">受療者との続柄</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日生</p> <p>(宛先)川崎市保健所長</p>				