

様式第13号（第10条関係）

養育医療券再交付申請書		認 定	承認・不承認
			番号
受療者氏名		生年月日	年 月 日
指定養育医療機関			
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
再交付申請の理由			
<p>上記のとおり養育医療券の再交付を申請します。</p> <p>(宛先) 伊勢崎市長</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 〒</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>(受療者との続柄)</p> <p>電話番号</p>			