

年 月 日

大槌町長 様

申請者 住所  
氏名

養育医療券(継続治療承認書)再交付申請書

先に交付を受けた養育医療券(継続治療承認書)を紛失(棄損)しましたので、再交付を申請します。

記

- 1 受給者氏名
- 2 受給者生年月日
- 3 指定養育医療機関名
- 4 保護者氏名及び住所  
(申請書と同一の場合は必要ありません。)