**養育医療券再交付申請書**

 　年 　 月　 日

岡山市長 様

【届 出 者】

住　　所 〒　　　－

岡山市　　区

氏　　名

続　　柄 父・母・その他（　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号

電話番号（ ） －

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男・女 |
| 本人氏名 |  | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　電話番号（ ） －　岡山市　　　区 □届出者と同じ（届出者と同じ場合は、こちらに☑。記載は不要）　  |
| 再交付申請の理由 | 1．破損 2．汚損 3．紛失 （該当に○をしてください） |
| （理由） |

※個人番号については、番号法に基づき、養育医療に関する事務に利用いたします。