

令和 年 月 日

養育医療再発行申請書

母子(親子)健康手帳の番号				受給者番号			
受療者	ふりがな氏名			性別	男・女	生年月日	令和 年 月 日
	居住地						
	現住所	(※)					
扶養義務者	氏名			受療者との続柄		生年月日	昭和 平成 年 月 日
	居住地					職業	
被保険者等の記号及び番号					保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関	名称						
	所在地						
※申請受付年月日	令和 年 月 日						
備考							

浦添市長 殿

上記のとおり養育医療券の再発行を申請します。
なお、私は、浦添市長に対して、未熟児養育医療の給付に伴うこども医療費助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

申請者居住地

氏 名

受療者との続柄

連絡先

(※) 居住地と住民票の所在地が異なる場合に記載してください。

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。