

第49号様式(第55条第1項)

養育医療券再交付申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市長

住 所

申請者

氏 名

養育医療券の再交付を受けたいので、母子保健法施行細則第55条第1項の規定により、次のとおり申請します。

受給者氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
扶養義務者氏名		本人との続柄		職 業	
扶養義務者住所					
養育医療券 交 付 番 号		指定医療 機 関 名			
申請理由					
※申請受付年月日	年 月 日	進 達 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日

(注意) ※印欄は、記入しないでください。

(A4)