様式第８号(第６条関係)

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。