八戸市乳幼児等医療費受給資格証再交付申請書

年　　月　　日

（あて先）八戸市長

（保護者）住　所

氏　名（フリガナ）　　印

電　話（　　）

対象乳幼児等氏名（生年月日）	（　　年　　月　　日）
受給資格証番号	八戸市　第　　－　　－　　号
理　　由	1　受給資格証を紛失したため 2　受給資格証の損傷が著しく使用に堪えないため 3　その他 （　　）
（注意）損傷を理由として申請する場合は、現在の受給資格証を添付してください。	
決裁欄	上記のとおり再交付してよろしいか。