

第5号様式（第6条関係）

八戸市子ども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
フリガナ
氏 名
電 話（ ）

対象となる 子どもの氏名 （生年月日）	（ 年 月 日）
受給者番号	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。	