

様式第8号(第10条関係)

乳幼児医療費受給者証再交付申請書						
受 給 者	受給者番号					
	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所				続柄	
	加入保険	国保 ・ 社保（政管・組合・船員・共済・国保組合等）				
	記号番号					
	保険者名					
乳 幼 児	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>乳幼児医療費受給者証を</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>石巻市長 殿</p> </div> <div style="width: 20%; text-align: center;"> <p>破 損 亡 失</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>たので再交付願いたく申請します。</p> <p style="text-align: right;">住所 石巻市</p> <p>受給者 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> </div> </div>						