

様式第16号(第4条関係)

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	本 庁 担当者	支所担当者	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

妊 妊産婦医療費受給者証再交付申請書			
受 給 対象者	氏 名 (本人)		職 業
	住 所		
加 入 保 険	被保険者氏名		
	記 号 ・ 番 号	_____	
	保 険 者 名		
妊産婦医療費受給者証を破損したので再交付を申請します。 亡失 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 阿賀町長 様			

(注) 申請者は太枠欄を記入しないこと。