課　　長	課長補佐	係　　長	係	受　付	平成　　年　　月　　日
				決　裁	平成　　年　　月　　日
				交　付	平成　　年　　月　　日

妊産婦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	
	住　　所			
再交付申請の理由		□　破損のため □　紛失のため □　その他（　　）		

上記のとおり再交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

住　所

申請者

氏　名

長岡市長　　森　民夫　様

○自署をしてください。
ただし、自署できない場合は、記名・押印してください。