

母子・父子家庭等医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 住所 鹿児島市  
(受給者)

丁目  
町

番  
番地

号

氏名

自 宅 一 一  
電 携 宅 一 一  
話 携 帯 一 一  
【   】

受給者番号

下記の理由により、受給者証(           年度)を再交付して下さるよう申請します。

記

氏名	続柄	生年月日	年齢	同別居	重度障害	取得事由	有効期限
<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 養育者	本人	. .					. .
対象児童		. .					. .
		. .					. .
		. .					. .
		. .					. .

申請理由

1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他(            )

誓約書

紛失した受給者証を発見した場合は、速やかに返還するとともに今後の保管については、十分注意します。

令和 年 月 日

氏名

鹿児島市長 殿

受付日            年 月 日

太枠の中を記入してください。

太枠の中を記入してください。

注 破損又は汚損による再交付申請の場合は、旧受給者証を添付すること。

処理者	受給者証受領確認