

様式第4(第4条関係)

<p>こども医療費受給者証再交付申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>鹿児島市長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 鹿児島市 丁目 番 号 (受給者) 町 番地 氏名</p> <p>下記の理由により、受給者証を再交付して下さるよう申請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p>			
受給者証番号			
こども	氏名		続柄
	生年月日	年 月 日	
申請理由		1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 ()	
<p>誓約書</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p>鹿児島市長 殿</p>			

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。