様式第４（第５条関係）

重度心身障害者等医療費
受給資格証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

鹿児島市長　下鶴　隆央　殿

申請者住所　　鹿児島市　　町　　番地
丁目　　番　　号

氏名

下記のとおり受給資格証を破損・亡失したので再交付してくださるよう申請します。

記

受給資格証		番号			
対象者氏名			生年月日	大昭平令	年　月　日
申請理由	(1) 破損	（理由を詳しく書いてください。）			
	(2) 亡失				
	(3) その他				

（注）　紛失したとき以外は、受給資格証を添付してください。

再交付年月日	令和　　年　　月　　日