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　　〇年　　△月　　×日

鹿児島市長　下鶴　隆央　殿

申請者住所　　鹿児島市　　山下　町　　番地
丁目　　１１番　　１号

氏名　　鹿児島　花子

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	１２３４５６７８			
対象者氏名	鹿児島　太郎	生年月日	大 昭 平 令	〇年　△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				

申請理由を記入。

理由が紛失以外のときは、理由を記入してください。

（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　　〇年　　△月　　×日