様式第4(第6条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 太枠の中を記入してください。 |
| 　　申請者　住所　鹿児島市　　(受給者) | 丁目町 | 番号番地 |
| 　　　　　　氏名 | 　　　自宅　　　　　　―　　　　　　―電話　携帯　　　　　　―　　　　　　―　　　【　　　】　　　　　―　　　　　　― |
| 　　　　　　受給者番号下記の理由により、受給者証(　　　　年度)を再交付してくだ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 | 　 |
| □母□父□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(　　　　　　　　　　) | 太枠の中を記入してください。 |
| 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 | 　 |

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 |
| 　 | 　 |