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 |
|  |  |