様式第4(第4条関係)

|  |
| --- |
| こども医療費受給者証再交付申請書　　年　　月　　日　　　鹿児島市長　　殿　申請者　住所　鹿児島市　　　　　　　　　丁目　　　番　　　号　(受給者)　　　　　　　　　　　　　　　　町　　　　　　　番地　氏名　　　　　　　　　　　　　下記の理由により、受給者証を再交付してくださるよう申請します。　記 |
| 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　(　　　) |
| 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。　　　　　　　年　　月　　日　氏名　　　　　　　　　　　　　　　鹿児島市長　殿 |

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。