| 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 |
| --- | --- | --- | --- |
| | | | |

第４号様式（第４条関係）

子ども医療費給付受給資格者証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

鹿屋市長　　様

申請者　住　所

氏　名

次のとおり受給資格者証の再交付を申請します。

| | |
| --- | --- |
| 受給資格者証番号 | |
| 再交付申請の理由 | １　やぶれた<br>２　よごれた<br>３　なくなった<br>４　その他<br>（　　） |
| 備考 | |

注　受給資格者証がなくなったとき以外は、受給資格者証を添えてください。