課　長	課長補佐	係　長	係

第４号様式（第４条関係）

子ども医療費助成金受給資格者証再交付申請書

令和　　年　　月　　日

鹿屋市長　　様

届出者　住　所

氏　名

下記のとおり受給資格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 ２　よごれた ３　なくなった ４　その他 （　　）
備考 課税区分（　課税　・　非課税　） 現物給付（　有　・　無　） （　　）	

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。