

子ども医療費受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）山鹿市長

受給者 住所 山鹿市

氏名 _____ 印

受給者番号			
子ども氏名		生年月日	令和・平成 年 月 日
(再交付を受ける理由)			
ア 破損			
イ 亡失			
ウ その他			
()			

※ 破損の場合は、旧受給者証を添えて提出してください。

新受給者証 受領印	受給者証回収 (旧)