

子ども医療費受給者証再交付申請書

平成 年 月 日

（宛先）山鹿市長

受給者 住所 山鹿市

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

受給者番号			
子ども氏名	生年月日	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)