

第5号様式（第3条関係）

年 月 日

南九州市長 様

住所
氏名

子ども医療費給付受給資格者証再交付申請書

申 請 理 由 該当する項目の番号を○で囲んでください。	1 汚損
	2 紛失
	3 その他 ()
受 給 者 番 号	
子 ども	氏 名
	生 年 月 日

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。