

年 月 日

高校生等医療費受給資格者証再交付申請書

由布市長

殿

申請者（保護者）

住 所

氏 名

㊟

下記の理由により、由布市高校生等医療費受給資格者証の再発行を申請します。

記

1. こども（高校生等）の氏名等

（1） 氏 名 男 ・ 女

（2） 生 年 月 日 年 月 日

（3） 受給資格者番号

2. 申請理由

（1） 紛失した

（2） 破いた

（3） 汚した

（4） その他（ ）

☆記入押印に代えて署名することができます。