

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。