

様式第3号(第5条関係)

医療福祉費受給者証再交付申請書

公費負担者番号		対象者 氏名	氏名	
受給者番号			生年月日	
再交付申請の 理由	紛失 汚濁 その他			
誓 約 書				
受給者証を発見したときは、ただちに返納します。受給者証紛失のために生じた事故については、貴市に負担をかけないことを誓約いたします。				
受 給 者				
上記のとおり申請します。				
年 月 日				
かすみがうら市長 殿				
申 請 者 住 所 〔受給者又は 保護者等〕氏 名				