様式第3号

|  |
| --- |
| 　　　　　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 | 　　　男・女 |
| 受給者番号 | 　 | 年　　月　　日生　 |
| 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，直ちに返納します。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　　　　　　　　印　　　　（注）押印は，署名（自署）の場合は，必要ありません。押印をぼ印に代えることは，差し支えありません。 |
| 　上記のとおり申請します。　　　　　　年　　月　　日　常陸大宮市長　　　　様　　申請者　　住所　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 | 受給者又は保護者等 | 氏名　　　　　　　　印 |
| （注）押印は，署名（自署）の場合は，必要ありません。押印をぼ印に代えることは，差し支えありません。 |