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。 | | | |