

医療福祉費受給者証再交付申請書

公費負担者番号		対象者名	大宮 花子 男・女
受給者番号		氏名	平成〇〇年〇〇月〇〇日生
再交付申請の理由	紛失 汚濁 その他 <p>該当する項目を○で囲んでください。 破れたり、汚した場合はその受給者証を申請書に添えて提出してください。 その他の場合は、理由を書いてください。</p>		
<p>誓 約 書</p> <p>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。</p> <p>受給者 大宮 花子 印</p> <p>(注) 押印は、署名(自署)の場合は、必要ありません。 押印をば印に代えることは、差し支えありません。</p>			
<p>上記のとおり申請します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>常陸大宮市長 様</p> <p>申請者 住所 常陸大宮市〇〇町〇〇</p> <p>(受給者又は保護者等) 氏名 大宮 太郎 印</p> <p>(注) 押印は、署名(自署)の場合は、必要ありません。 押印をば印に代えることは、差し支えありません。</p>			