

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 | |
| 受給者番号 | | | 年 月 日生 |

| | |
|--------------|---|
| 再交付申請の 理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他の理由 () |
|--------------|---|

上記のとおり、医療福祉費受給者証の再交付を申請します。

また、受給者証を発見したときは直ちに返還し、受給者証紛失により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。

年 月 日

鹿嶋市長 様

申請者住所
(受給者又は氏名
保護者等) 電話番号