

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	<div><input type="checkbox"/>紛失<input type="checkbox"/>盗難</div> <div><input type="checkbox"/>破損<input type="checkbox"/>汚損</div> <div><input type="checkbox"/>その他の理由 ()</div>		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>鹿嶋市長 様</p> <p>申請者住所 (受給者又は氏名 保護者等)電話番号</p>			