

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"/> 盜難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他の理由 ( )		
<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>			
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			