様式第３号(第６条関係)

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	鹿嶋　太郎
受給者番号			令和　7年　6月　1日生
再交付申請の理由	□　紛　失　　□　盗　難 □　破　損　　□　汚　損 □　その他の理由 （　　）		該当の□に✓

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　　記入日

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

対象者がお子さんの場合は
保護者の方の住所・氏名