

様式第3号（第5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2 年 1 月 1 日
再交付申請 の 理 由	(例)紛失のため		
誓 約 書			
<p>受給者証を発見したときは、ただちに返納します。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 受給者本人の名前 (印) 朱肉を使うもの</p> <p>(注) 押印は、署名（自筆）の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。</p>			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日 記入日</p> <p>鹿嶋市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 対象者がお子さんの場合は (受給者又は保護者) 氏名 保護者の方の住所・氏名 (印) 朱肉を使うもの</p> <p>(注) 押印は、署名（自筆）の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。</p>			