

### 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	<b>鹿嶋 太郎</b>
受給者番号			<b>令和2 年 1 月 1 日</b>
再交付申請 の理由	<b>(例)紛失のため</b>		
<b>誓 約 書</b>			
<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 <b>受給者本人の名前</b> <span style="float: right;">(印) <b>朱肉を使うもの</b></span></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><b>年 月 日</b> <b>記入日</b></p> <p>鹿嶋市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 <b>対象者がお子さんの場合は</b> (受給者又は保護者) 氏名 <b>保護者の方の住所・氏名</b> (印) <b>朱肉を使うもの</b></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>			