

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	
受給者番号			年 月 日生
再交付申請 の理由			
<p>誓 約 書</p> <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します。</p> <p>受給者氏名</p>			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>常総市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 受給者又は 保護者等 氏 名</p>			