

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	男 女
受給者番号			年 月 日生
再交付申請 の理由	紛失 ・ 汚濁 ・ 破損等 その他 ()		
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、貴市に負担をかけることを誓約いたします。</p>			
<p>(受給者又は保護者)</p>			<p>印</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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">桜川市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 (受給者又は保護者) 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">(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>			