

様式第3号(第5条関係)

マル福受給者証を参考に記入する

医療福祉費受給者証

公費負担者番号	84081017	対象者 氏名	桜川 花子	男 女
受給者番号	1234567		平成29年〇月〇日生	
再交付申請の理由	紛失 ・ 汚濁 ・ 破損等 その他 ()			

誓約書

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。

〔受給者又は保護者〕

桜川 太郎

印

(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。

上記のとおり申請します。

令和2年5月10日

桜川市長 様

申請者 住所 桜川市岩瀬64-2

〔受給者又は保護者〕

氏名 桜川 太郎

印

(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。