

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	男 女
受給者番号		氏 名	年 月 日生
再交付申請 の理由	紛失 汚損 盗難 その他（ ）		
誓 約 書 受給者証を発見したときは、直ちに返納します。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 印			
上記のとおり申請します。 年 月 日 守 谷 市 長 あて 申請者 住所 (受給者又は保護者) 氏名 印			