

## 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	
受給者番号		氏名	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、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（町・村）に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">受給者 <span style="float: right;">印</span></p>			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>結 城 市 長 殿</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">(受給者又は保護者) 氏名 <span style="float: right;">印</span></p>			