

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	<b>鹿嶋 太郎</b>
受給者番号			<b>令和2 年 1 月 1 日生</b>
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input checked="" type="checkbox"/> 汚損 <b>該当の□に✓</b> <input type="checkbox"/> その他の理由 ( )		
<p>上記のとおり、医療福祉費受給者証の再交付を申請します。</p> <p>また、受給者証を発見したときは直ちに返還し、受給者証紛失により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。</p> <p><b>年 月 日 記入日</b></p> <p>鹿嶋市長      様</p> <p>申請者住所 <b>対象者がお子さんの場合は</b> (受給者又は氏名 <b>保護者の方の住所・氏名</b> 保護者等) 電話番号</p>			