

### 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	
受給者番号			年 月 日
再交付申請 の 理 由			
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			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。			
年 月 日			
鹿嶋市長 様			
申 請 者 住 所 (受給者又は保護者) 氏名			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。			