

様式第3号(第5条関係)

(福) 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 日生
再交付申請 の 理 由			
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、町に負担をかけないことを誓約いたします。			
受給者			
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
茨城町長 あて			
申 請 者 住 所 茨城町			
(受給者又は 保護者等) 氏 名			