

福 医療福祉費受給者証再交付申請書			
公費負担者 番号	受給者証の番号 (不明の場合は空 白で可)	対 象 者 氏 名	受給者証を再発行する方 の氏名(上段)・生年月 日(下段)
受給者番号			
再交付申請 の理由	簡潔に記入 (例：紛失のため、汚濁のため)		
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			再発行する方の氏名
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
茨城町長 あて		申請日(郵送日)	
申 請 者 住 所 茨 城 町			
(受給者又は 保護者等)		氏	本人または保護者の住所・署名