

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、町に負担をかける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			

(福) 医療福祉費受給者証再交付申請		受給者の氏名・生年月日	
公費負担者 番号	84080209	対 象 者 氏 名	茨城太郎
受給者番号	1234567		令和〇年 〇月 〇日生
再交付申請 の理由	受給者証を参考に記入してください。 (不明の場合は空白で可)		
	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、町に負担をかけることを誓約いたします。			
		受給者	茨城 太郎
上記のとおり申請します。			
	令和〇年 〇月 〇日	再発行する方の氏名	
茨城町長 あて	申請日(郵送日)		
	申 請 者	住 所	茨城町〇〇
	(受給者又は 保護者等)	氏 名	茨城 花子
		本人または保護者の住所・署名	