

医療福祉費受給者証再交付申請書

医療福祉費 受給者証 記号番号			対象者 氏 名	
				年 月 日
再交付申請 の理由	紛失 ・ 未着 ・ その他			
<p>誓 約 書</p> <p>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(町・村)に負担をかけることを誓約いたします。</p> <p style="text-align: center;">受給者</p>				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">つくば市長 あて</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (受給者又 氏名 は保護者)</p>				
上記のとおり医療福祉費受給者証を交付してよろしいか伺います。				決 裁 者
年 月 日				起 案 者
				受 付 者