

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			
<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、貴市に負担をかけないことを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">受給者</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p>			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>坂 東 市 長 様</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 受給者又は保護者 氏名 </p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p>			

	課長	補佐	係長	係
決 裁				