

記入例

再交付する方の氏名と生年月日を記入。

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 | 坂 東 一 | | |
| 受給者番号 | | 氏 名 | 平成28年 | 1月 | 1日 |
| 再交付申請の理由 | 紛失のため <p>再交付する理由を記入。</p> | | | | |
| 誓 約 書 | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 受給者 坂 東 一 坂 | | | | | |
| 上記のとおり申請します。 平成30年 7月 15日 | | | | | |
| 坂 東 市 長 様 | | | | | |
| 申請者 住所 坂東市岩井4365 | | | | | |
| (受給者又は保護者) 氏名 坂 桜子 坂 | | | | | |

受給者の保険証のコピーを添付してください。
郵送の場合は、切手を貼り返送先を記入した封筒を同封のうえ、
坂東市役所保険年金課医療福祉係宛にお送りください。