様式第3号(第5条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療福祉費受給者証記号番号 |  |  | 対象者氏名 |  |
| 年　　　月　　　日生 |
| 再交付申請の理由 | 1. 紛失
2. 破損
3. その他（　　　　　　　　）
 |
| 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，つくばみらい市に負担をかけないことを誓約いたします。受給者（又は保護者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　上記のとおり申請します。　　　　年　　月　　日　　つくばみらい市長　　　　殿申請者　　　　住所　　　　　　　　　　 |
| 　 | (受給者又は保護者等) | 氏名　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

医療福祉費受給者証再交付申請書