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