|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療福祉費  受給者証  記号・番号 |  |  | 対象者  氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　日 |
| 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） | | | | |

医療福祉費受給者証再交付申請書