|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　受給者又は保護者氏名　 |

医 療 福 祉 費 受 給 者 証 再 交 付 申 請 書