

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	
受給者番号		氏名	年 月 日生
再交付申請の理由			
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の生じた事故については、貴町に負担をかけないことを誓約いたします。			
受給者			
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
阿見町長 殿			
申請者 住所 阿見町 受給者又は 保護者 氏名			

受給者の氏名・生
年月日をご記入く
ださい。

医療福祉費受給者証再交付申請書

マル福受給者証
の上部に記載さ
れている公費負
担者番号および
受給者番号をご
記入ください。

受給者番号

84080589

対象者

阿見 花子

1234567

氏名

令和5年 1月 1日生

再交付申請の
理由

紛失

再交付の理由をご記入ください。

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の生じた事故については、貴町に負担をかけないことを誓約いたします。

受給者の氏名をご記入ください。

受給者

阿見 花子

上記のとおり申請します。

令和5年 5月 1日

阿見町長 殿

記入日と申請者の住所・氏名を
ご記入ください。

申請者
受給者又は
保護者

住所
氏名

阿見町中央一丁目1番1号

阿見 太郎