

医 療 福 祉 費 受 給 者 証 再 交 付 申 請 書				
公費負担者番号	受給者番号	受給者氏名	生年月日	個人番号
			年 月 日生	
			年 月 日生	
			年 月 日生	
			年 月 日生	
			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に生じた事故については，水戸市に負担をかけないことを誓約いたします。 受給者，保護者等氏名				
上記のとおり申請します。 年 月 日 水戸市長 様 住 所 受給者又は保護者等 氏 名 電話番号				

記入にあたっての注意

様式第3号（第5条関係）

医療福祉費受給者証再交付申請書				
公費負担者番号	受給者番号	受給者氏名	生年月日	個人番号
			年 月 日生	
			年 月 日生	
			年 月 日生	
			年 月 日生	
			年 月 日生	
再交付申請 の理由	再交付が必要な方の氏名、生年月日をご記入ください。			
誓約書 受給者証を発見した 生じた事故については 受給者（受給者が子どもの場合は保護者の方）の氏名を ご記入ください。 受給者、保護者等氏名				
記入日 上記の 年 月 日 水戸市長 様 受給者（受給者が子どもの場合は保護者の方）の住所、氏 名、電話番号をご記入ください。 住所 氏名 電話番号				