

# 誓約書

この度、公害医療手帳を紛失したため再交付を申請しますが、さきに交付された医療手帳を発見した場合にはただちに返還し、さらに紛失した医療手帳の使用に伴う医療費については貴市に負担をかけない事を誓約いたします。

令和 年 月 日

神戸市長 あて

住所:

氏名: