

受給者証再交付申請書

白井市長

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	1 通所受給者証 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受 給 者 証 番 号	
---------------	------------------------------	----------------	--

フリガナ		生 年 月 日	
給付決定保護者 氏 名	印	個人番号：	

居 住 地	〒		
	電話番号		

フリガナ		続 柄	
給付決定に係る 児 童 氏 名		生 年 月 日	
	個人番号：		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者(本人)		<input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外(下の欄に記入)	
フリガナ		本人と の 関 係		
氏 名	印			
住 所	〒			
	電話番号			

申請の理由	1 汚損	2 紛失	3 その他
	具体的な理由		

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)