受給者証再交付申請書

小美玉市長　　様

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	年　月　日
給付決定保護者氏名	個人番号：		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号：	生年月日	年　月　日

申請書提出者	□給付決定保護者(本人)　□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			
住所	〒 電話番号		

申請の理由	1 汚損　2 紛失　3 その他 具体的な状況 （　　）

※ 従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）