

受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）

鞍手町長 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								
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名		個 人 番 号									
居 住 地	〒										
	電話番号										
フリガナ		生年月日	年 月 日								
支給決定に係る 児 童 氏 名		続 柄									
	個 人 番 号										

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）