

受給者証再交付申請書

鞍手町長 岡崎 邦博 様

令和 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	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	個人番号： 〒	生年月日	

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。)