

## 受給者証再交付申請書

大竹市長 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	
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	個人番号：	生 年 月 日	

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
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 80px;">           具体的な理由         </div>		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）