

受給者証再交付申請書

上里町長 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	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	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 具体的な状況	2 紛失	3 その他
-------	----------------	------	-------

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）