

受給者証再交付申請書

関市社会福祉事務所長 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		印	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	<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
	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。)