

## 受給者証再交付申請書

八街市福祉事務所長 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	受給者 証番号	
	2 肢体不自由児通所医療受給者証		

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	<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			
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。）