

受給者証再交付申請書

由布市福祉事務所長 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	年 月 日
支給決定 保護者氏名	個人番号：		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号：	生年 月日	年 月 日

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者（本人）	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外（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・破損	2 紛失	3 その他
	具体的な状況 [ ]		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）