

受給者証再交付申請書

可児市福祉事務所長 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 給付決定保護者氏名		生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る児童氏名		続柄 生年月日	平成・令和 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 氏名		本人との関係	
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)