

## 受給者証再交付申請書

さくら市福祉事務所長 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<br>の種類 | 1 通所受給者証<br>2 肢体不自由児通所医療受給者証 | 受給者<br>証番号 |  |
|-------------|------------------------------|------------|--|

|                 |           |          |       |
|-----------------|-----------|----------|-------|
| フリガナ            |           | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
| 給付決定<br>保護者氏名   | 印         | 個人番号:    |       |
| 居住地             | 〒<br>電話番号 |          |       |
| フリガナ            |           | 続柄       |       |
| 給付決定に係る<br>児童氏名 |           | 生年<br>月日 | 年 月 日 |
|                 | 個人番号:     |          |       |

|        |                                      |  |
|--------|--------------------------------------|--|
| 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     | 印                                    | 本人と<br>の関係                                 |
| 住所     | 〒<br>電話番号                            |  |

|       |  |
|-------|--|
| 申請の理由 | <input type="checkbox"/> 1 汚損<br><input type="checkbox"/> 2 紛失<br><input type="checkbox"/> 3 その他<br>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。）