

受給者証再交付申請書

大崎市社会福祉事務所長 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	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		個人 番号	
給付決定 保護者氏名		生年 月日	年 月 日
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"/> 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）

