

受給者証再交付申請書

(あて先) 寝屋川市福祉事務所長

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 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
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	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。)