様式第21号（第16条関係）

受給者証再交付申請書

美幌町長　　　　　　　　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 | |
| 給付決定  保護者氏名  個人番号 |  | | | | | | | | | | | | 年　　 月　　 日 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居　　住　　地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| フ リ ガ ナ |  | | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | 続 柄 |
| 給付決定に係る  児 童 氏 名  個　人　番　号 |  | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □給付決定保護者(本人)　□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 |

(注)１．従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）

２．字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。