受給者証再交付申請書

様式第１１号（第９条関係）

八　頭　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 |  | 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 |  |
| 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 | □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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）