受給者証再交付申請書

平戸市長　　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	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		生年月日	年　　月　　日
		個人番号	

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。)。