

受給者証再交付申請書(障害児通所給付費)

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証	受給者 証番号	
フリガナ		生年月日	
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名		個 人 番 号	
居 住 地	〒		
		電話番号	
フリガナ		生年月日	
支給決定に係る 児 童 氏 名		続柄	
		個 人 番 号	
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な状況 </div>		

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)