

受給者証再交付申請書

大崎町長 東 靖弘 様

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	
給付決定保護者氏名	印 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	

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	印		
住 所	〒 電話番号		

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他
	（ 具体的な理由 ）

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）