

受給者証再交付申請書

遠軽町長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

受給者証の種類	1 通所受給者証	受給者証番号																		
	2 肢体不自由児通所医療受給者証																			

フリガナ			生年月日	年 月 日
通所給付決定保護者氏名	Ⓜ			
	個人番号			
居住地	〒			
	電話番号			
フリガナ			生年月日	年 月 日
給付決定に係る障害児氏名				
	個人番号		続柄	

申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 その他
	具体的な状況

- ※ 受給者証の破損、又は汚損した場合の申請については、現在お持ちの受給者証を添付すること。
- ※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、速やかに遠軽町に返還すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者 <input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者以外（次の欄に記入）		
氏名		本人との関係	
住所	〒		
	電話番号		