

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
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 児童氏名			
	個人番号		続柄

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 <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	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。(紛失は除く)