

受給者証再交付申請書

泉南市福祉事務所長 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			
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

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）