

受給者証再交付申請書

仙北市福祉事務所長 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	明治 大正 昭和 平成 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		続柄	
給付決定に係る 児 童 氏 名	個人番号 :	生年 月日	平成・令和 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		
氏 名		本人と の 関 係
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)