

受給者証再交付申請書

泉佐野市長 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	年 月 日
支給(給付)決定 障害児(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
支給決定に係る 児童氏名		続柄	個人番号

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 具体的な状況	2 紛失	3 その他
-------	----------------	------	-------

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)