

受給者証再交付申請書



稲城市長 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	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	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		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。)