

受給者証再交付申請書

魚津市社会福祉事務所長 あて

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。）