受給者証再交付申請書

伊予市福祉事務所長　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	㊞		
	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		生年 月日	年　　月　　日
	個人番号		

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（紛失の場合を除く。）。