

受給者証再交付申請書

豊中市長様

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<br>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         | 〒<br>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 | <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     | 〒<br>電話番号                                                                       |        |  |

|       |                                                                         |  |  |
|-------|-------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 申請の理由 | 1 汚損                      2 紛失                      3 その他<br>[ 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)