

受給者証再交付申請書

嘉麻市長様

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	明治 大正 昭和 平成	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

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	㊞	1. 同一世帯 2. 法定代理人 3. その他	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
上記の者を代理人と認め、 障がい児通所支援の申請を委任します。			申請者 ㊞	

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。)