

受給者証再交付申請書

嘉島町長 様

令和 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 支給決定 保護者氏名	個人番号：	生年 月日	年 月 日	
居 住 地	〒 電話番号			
フリガナ 支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号：	続柄		
		生年 月日	年 月 日	
申請書提出者	☐ 支給決定保護者（本人） ☐ 支給決定保護者以外（下の欄に記入）			
フリガナ 氏 名			本人と の関係	
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。）