

受給者証再交付申請書

播磨町長様

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 給付決定保護者氏名	個人番号：	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る 児童氏名	個人番号：	続柄	生年月日 年 月 日

申請書提出者	<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 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]
-------	---