

受給者証再交付申請書

田川市福祉事務所長 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		生 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	

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
	具体的な理由		

従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）