

## 受給者証再交付申請書

平群町長 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		生年月日	
給付決定保護者氏名	⑩ 個人番号： (自著又は捺印)		
居住地	〒		
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	〒		

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。）