

受給者証再交付申請書

小山市長 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 支給(給付)決定 保護者氏名		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		生年 月日	年 月 日
		続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外(下の欄に記入)
--------	----------------------------------	--

フリガナ 申請書提出者 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)