

受給者証再交付申請書

吹田市長 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	<input checked="" type="radio"/> 1 通所受給者証 <input type="radio"/> 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	1234567890
---------	---	--------	------------

フリガナ	キニュー レイタロウ	生年月日	◆◆年◆◆月◆◆日
給付決定保護者氏名	記入 例太郎	個人番号	
居住地	〒564-8550 吹田市泉町1-3-40		
電話番号 06-6384-****			

フリガナ	キニュー レイタ	続柄	長男
給付決定に係る児童氏名	記入 例太	生年月日	▲▲年▲▲月▲▲日
個人番号			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 給付決定保護者以外(下の欄に記入)		
フリガナ	キニュー レミコ	本人との関係	配偶者
氏名	記入 例美子		
住所	〒 申請者と同じ		
電話番号			

申請の理由	<input type="radio"/> 1 汚損 <input checked="" type="radio"/> 2 紛失 <input type="radio"/> 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)

申請書を提出する日、もしくは発送する日をご記入ください。

再発行を希望する受給者証の種類に○を付けて、受給者証番号(10桁)をご記入ください。

現在お持ちの(紛失した)受給者証の給付決定保護者の氏名、生年月日、居住地(実際に住んでいる場所)、電話番号をご記入ください。

現在お持ちの(紛失した)受給者証の児童の氏名、生年月日をご記入ください。

給付決定保護者以外の方が申請書を提出する場合は、記入例を参考にご記入ください。給付決定保護者本人が申請書を提出する場合は「給付決定保護者」にして下さい。

再交付申請の理由を選び、○で囲んで下さい。必要に応じて「具体的な状況」を書いてください。(破れてしまった等)