

# 受給者証再交付申請書

逗子市長

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	受給者 証番号							
	2 肢体不自由児通所医療受給者証								

フリガナ 給付決定保護者 氏名	個人番号：	生年 月日	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 ]		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）