

様式第 11 号 (第 10 条関係)

受給者証再交付申請書

長与町長 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 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 <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外(下の欄に記入)		
フリガナ 氏名		給付決定 保護者との 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)