

受給者証再交付申請書

菊池市長 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 支給決定 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 支給決定に係る 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"/> 支給決定保護者（本人） <input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外（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。）