

受給者証再交付申請書

水戸市福祉事務所長 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		生年 月日	年 月 日
通所給付決定 保 護 者 氏 名			
居 住 地	〒 - - 電話番号 - -		
フリガナ		続柄	
通所給付決定に係る 児 童 氏 名		生年 月日	年 月 日

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者（本人） <input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人と の 関 係	
氏 名			
住 所	〒 - - 電話番号 - -		

申請の理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 具体的な状況
-------	--------------------------------------------------------------------

注1 従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失の場合を除く。）

2 再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、速やかにこれを返還すること。