

## 受給者証再交付申請書 (障害児通所給付費)

西予市福祉事務所長 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				
支給 (給付) 決定 障害者 (保護者) 氏 名		個 人 番 号					
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>					
居 住 地	〒						
	電話番号						
フリガナ		生年月日	年 月 日				
支給決定に係る 児 童 氏 名		続 柄					
		個 人 番 号					
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>						

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		本人と の 関 係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

申請の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 汚損</span> <span>2 紛失</span> <span>3 その他</span> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 60px; margin-top: 5px;">                 具体的な状況             </div>
-------	--

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)