

受給者証再交付申請書

(宛先) 東大阪市長

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 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 保護者氏名 | | 個人番号 | |
| | | | |
| 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 | |
| | | | |

| | | |
|--------|---|--------|
| 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)