

様式第 51 号 (第 6 条関係)

受給者証再交付申請書

(宛先) 春日市福祉事務所長

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	受給者 証番号	
	2 肢体不自由児通所医療受給者証		

フリガナ		生年 月日	年 月 日
給付決定保護者 氏名	個人番号:		
居 住 地	〒		
		電話番号	
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年 月日	年 月 日

申請書提出者	給付決定保護者 (本人)	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 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)