

受給者証再交付申請書

貝塚市長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

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

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		

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）

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		申請者と の関係	
住 所	〒 電話番号		