受給者証再交付申請書

(あて先)高槻市長

個 人 番 号

令和 年 月 日

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 1 通所受給者証

の種類 2	肢体不自由児通所医療受給者証	証番	号			
フリガナ						
給付決定 保護者氏名	Ð	生年 月日	大正 昭平成 令	<i></i>	三 月	1 1
個 人 番 号						
居 住 地	〒569- 高槻市					
		電話番号				
フリガナ		続柄				
給付決定に係る 児 童 氏 名		生年	平成	Æ	-	

受給者

月日

令和

申請	書提出者	□給付決定保護者(本人	、) 口給付決定例	R護者以外(下の欄に記入)
フ	リガナ			+	
_	7			本人と	
氏	名			の関係	
		7569 -			
住	所	高槻市			
		電話番号			

申請の理由	1 汚損 具体的な状況	2 紛失	3 その他	

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)