

受給者証再交付申請書

(宛先) 佐倉市長

受給者証の再交付について申請します。

申請年月日 年 月 日

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
給付決定保護者 氏 名					
居 住 地	〒	電話番号			
フリガナ		続柄			
給付決定に係る 児 童 氏 名		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。）。