

様式第10号

受給者証再交付申請書

(宛先)箕面市長

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 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
通所給付決定 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
給付決定に係る 障 害 児 氏 名		続柄	
		個人番号	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者本人 <input type="checkbox"/> 通所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。)