

障害児通所給付費 受給者証再交付申請書

川西市長 様

平成 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	昭和 年 月 日 平成
給付決定保護者氏名					
個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
居住地	〒				
	電話番号				
フリガナ				生 年 月 日	平成 年 月 日
支給決定に係る児童氏名					
個人番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	続柄	

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