

受給者証再交付申請書

鹿児島市長 殿

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	受給者 証番号	
	2 肢体不自由児通所医療受給者証		

フリガナ		生年 月日	年 月 日
給付決定 保護者氏名	個人番号:		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 児 童 氏 名	個人番号:	生年 月日	年 月 日

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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な状況 </div>
-------	--

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)