

受給者証再交付申請書

(あて先) 高槻市長

令和 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	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
給付決定保護者氏名	印		
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		生年月日	平成 令和 年 月 日
個人番号			

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	〒569- 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)