

受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）

鳥栖市福祉事務所長 様

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											
支給〔給付〕決定 障害者〔保護者〕 氏 名					個 人 番 号											
居 住 地	〒															
	電話番号															
フリガナ					生年月日											
支給決定に係る 児 童 氏 名					続柄											
					個 人 番 号											
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）