様式第12号（第８条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者証再交付申請書　平戸市長　　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 | 　 | 　年　　月　　日 | 　 |  |
| 給付決定保護者氏名 | 　(※) |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
| 居住地 | 〒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 | 　　　　　　　　　　年　　月　　日 |  |
| 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 | 　(※) |  |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
| 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。)。 |  |