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。)。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |