

障がい児通所受給者証再交付申請書

泉大津市社会福祉事務所長 様

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	受給者 証番号	
-------------	----------	------------	--

フリガナ 給付決定保護者 氏名	個人番号：	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
-----------------------	-------	------	-------------------------

居住地	〒 電話番号		
-----	-----------	--	--

フリガナ 給付決定に係る 障がい児氏名	個人番号：	続柄	生年月日 平成 令和 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 氏名	本人と の関係		
------------	------------	--	--

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。)