

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 | | 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： | 生年月日 | 平成 令和 年 月 日 |

| | |
|----------------------|---|
| 申請書提出者 フリガナ 氏名 | <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) |
| 住 所 | 本人との関係 |
| | 〒 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。)