

様式第10号(第9条関係)

受給者証再交付申請書

吉備中央町長 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	受給者証 番号																		
	2 肢体不自由児通所医療受給者証																			

フリガナ		生年月日	年	月	日
給付決定 保護者氏名		個人番号			
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	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者(本人) <input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外(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)		

※ 変更した内容を証する書類を添付すること。