

様式第11(第9条関係)

受給者証再交付申請書

(宛先)北名古屋市福祉事務所長

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	
---------------	------------------------------	------------	--

ふりがな		個人番号										
給付決定保護者 氏名												
		生年 月日	年 月 日									
居 住 地	〒 ー											
	電話番号() ー											
ふりがな		個人番号										
給付決定に係る 児 童 氏 名												
		生年 月日	年 月 日									
		続柄										

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)		
ふりがな		本人と の関係	
氏 名			
住 所	☐ 申請者に同じ 〒 ー		
	電話番号() ー		

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(紛失した場合を除く。)