|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第14号(第5条の6関係) |  |  |  |  |  |  |
|  | 受給者証再交付申請書 |  |
| 丸亀市福祉事務所長　宛 |
|  |
|  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 | 個人番号： | 生年月日 | 　　 年 月 日 |
|  |
| 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 |  |
| 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。） |