様式第８号（第７条関係）

|  |
| --- |
| 受給者証再交付申請書　岩出市長　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２　肢体不自由児通所医療受給者証 | 受給者証番号 |  |  |
|  |  |  |
|  | フリガナ |  | 生年月日 | 　年　　月　　日　　 |  |
|  | 給付決定保護者氏名 |  |  |
|  | 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　　 |  |
|  |  |  |
|  | 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。） |