様式第１０号

受給者証再交付申請書（障がい児通所給付費）

長井市福祉事務所長　　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 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
支給(給付)決定障害者(保護者)氏名		個人番号	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定に係る児童氏名		続柄	
		個人番号	

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）