

障害児通所給付費 受給者証再交付申請書

川西市長 様

令和 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	昭和 平成 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												
支給決定 に係る 児 童 氏 名											生 年 月 日	平・令 年 月 日
個人番号											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）		
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。）