

受給者証再交付申請書

西東京市長 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	明治 大正 昭和 平成 令和 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	平成・令和 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）