

受給者証再交付申請書 (障害児通所給付費)

(宛先) 大田区長

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
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	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 (本人) <input type="checkbox"/> 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。)

大田区記入欄

受給者証再交付 窓口 ・ 郵送 交付日 ( 年 月 日)