

## 受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）

函館市長 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															
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	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1 汚損 具体的な状況</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>2 紛失</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>3 その他</p> </div> </div>
-------	--

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）