

通所受給者証
 肢体不自由児通所医療受給者証 再交付申請書

(宛先)野田市長

次のとおり 通所受給者証
 肢体不自由児通所医療受給者証 の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | |
|-------------------------|---------|------|------------|
| ふりがな 給付決定保護者 氏名 | 個人番号() | 生年月日 | 年 月 日 |
| 居住地 | 電話番号 | | |
| ふりがな 給付決定に係る 児童氏名 | 個人番号() | 続柄 | 生年月日 年 月 日 |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| 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) | | |
| ふりがな 氏名 | 本人と の関係 | | |
| 住所 | 電話番号 | | |

| | | | |
|-------|----------------|------|-------|
| 申請の理由 | 1 汚損 具体的な状況 | 2 紛失 | 3 その他 |
|-------|----------------|------|-------|

注

- 1 受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに野田市に返還してください。