

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	受給者 証番号																		
	2 肢体不自由児通所医療受給者証																			

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