

第9号様式(第6条)

浦安市通所受給者証等再交付申請書

(宛先)浦安市長

申請年月日 年 月 日

受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

受給者証 の種別	1 通所受給者証	通所受給 者証番号																		
	2 肢体不自由児通所医療受給者証																			

ふりがな		個人番号																		
通所給付決定 保護者氏名		生年月日																		
居住地	連絡先																			
ふりがな		個人番号																		
通所給付決定に 係る児童氏名		生年月日																		
		続柄																		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(以下の欄を記入すること。)																		
ふりがな																		本人と の関係	
氏名																			
住所	連絡先																		

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

備考

- 1 受給者証を破り、又は汚した場合は、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、紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。