

第14号様式(第10条関係)

受給者証再交付申請書

(あて先)日野市長

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 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
給付決定保護者 氏名			
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 児 童 氏 名		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)		
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 具体的な状況	2 紛失	3 その他
-------	----------------	------	-------

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)