

第14号様式（第10条関係）

受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）

(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
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			
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
-------	----------------	------	-------

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）