（様式第１２号）

受給者証再交付申請書

佐世保市福祉事務所長　様

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 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　（　　）		
フリガナ 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	□給付決定保護者（本人）　□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　　２　紛失　　３　その他 ［具体的な状況　　］

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）