様式第１９号（第１３条関係）

受 給 者 証 再 交 付 申 請 書

美濃加茂市福祉事務所長　あて

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		生年月日	昭和 平成 令和	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		続柄		
		生年月日	昭和 平成 令和	年　　月　　日

申請書提出者	□　申請者本人　　□　申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏　　名		本人との関　　係	
居　住　地	〒　　－ 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）。