

受給者証再交付申請書

年 月 日

（あて先）宇都宮市長

障害児通所受給者証（肢体不自由児通所医療受給者証）の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
申請者	個人番号：		
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

申請の理由	
-------	--

申請書 提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者 <input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人との関 係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

※ 従前使用していた障がい児通所受給者証（肢体不自由児通所医療受給者証）を添付すること。（紛失した場合を除く。）