

様式第20（第10条関係）

受給者証再交付申請書

半田市長様

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	受給者 証番号	
	2 肢体不自由児通所医療受給者証		

フリガナ		生年 月日	年 月 日
給付決定保護者 氏名	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	個人番号：	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 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。）