

第5号様式

受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

船橋市長 あて

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	昭和・平成 年 月 日
支給決定 保護者氏名	個人番号		
居住地	電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に 係る児童氏名	個人番号	生年月日	平成・令和 年 月 日

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		
申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他		
	具体的な状況		

備考 従前使用していた受給者証を添付してください。（紛失の場合を除く。）