

様式第6号（第7条関係）

塩尻市障害児通所給付費受給者証再交付申請書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

保護者氏名

印

次のとおり、障害児通所支援受給者証の再交付を申請します。

フリガナ			
氏 名	個人番号	生年月日	年 月 日
住 所		電話番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
支給申請に係る 児童の氏名	個人番号	続 柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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	
住 所		電話番号	

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	受給者番号	
申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況		

再交付が必要な理由が破損又は汚損の場合には、破損し、又は汚損した受給者証を添付してください。