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 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 | 個人番号 |
| 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 | □　申請者本人　　□　申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 本人との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | 電話番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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。