	受給	者	証	再	交	付	申	詰	書
--	----	---	---	---	---	---	---	---	---

米沢市長 様

令和 年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証	1	通所受給者証	受給者	
の 種 類	2	肢体不自由児通所医療受給者証	証番号	

フリガナ		生年月日		年	月	日	
支給(給付)決定			個	人 番	号		
障がい者(保護者) 氏 名							
Д — —	_						
居住地							
		Ē	電話番-	号			
フリガナ		生年月日		年	月	日	
+WY+1-177		続柄					
支給決定に係る 児童氏名			個 .	人番	号		

申請書	提出者	□給付決定保護者(本人)	□給付決定例	保護者以外(下の欄に記入)
フリ	ガナ			+	
т	Ø			本人と の関係	
氏	名			の対対が	
		Ŧ			
住	所				
				電話番号	

申請の理由	1 汚損 「具体的な状況	2 紛失	3 その他	
				ل

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)