

第10号様式の7 (第8条の6関係)

受給者証再交付申請書

(宛先) 奈良市長

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 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	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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な状況 </div>
-------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※従前使用していた受給者証を添付すること(紛失の場合を除く。)