

受給者証再交付申請書

松原市長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他	[具体的な状況]
-------	-----------------------	------------

※ 従前使用していた受給者証を添付してください(紛失を除く)。

受給者証 の番号と その種類	受給者証番号 _____
1 移動支援事業受給者証 2 日中一時支援事業受給者証 3 障害福祉サービス受給者証 4 地域相談支援受給者証	5 療養介護医療受給者証 6 通所受給者証 7 肢体不自由児通所医療受給者証

フリガナ	_____	個人番号	_____
申請者氏名 (児童にあっては 保護者の氏名)	_____	生年月日	年 月 日
居住地	〒 _____ 電話番号 _____		
フリガナ	_____	個人番号	_____
利用に係る 児童氏名	_____	続柄	_____
		生年月日	年 月 日

申請書提出者(申請者本人以外の場合は、下の欄に記入してください。)

フリガナ	_____	関係	_____
氏名	_____	1 家族	_____
		2 関係機関(_____)
		3 その他(_____)
住所	〒 _____ 電話番号 _____		

.....以下、職員使用欄.....

裏面のとおり申請がありました。

添付の受給者証について、交付してよろしいか。

福祉部 障害福祉課			
課 長	課 長 補 佐	係 長	係

別表第1-3-(7) 軽易なもの