

# 受給者証再交付申請書

松原市福祉事務所長 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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">1 移動支援事業受給者証</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">5 療養介護医療受給者証</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2 日中一時支援事業受給者証</td> <td style="padding: 2px;">6 通所受給者証</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3 障害福祉サービス受給者証</td> <td style="padding: 2px;">7 肢体不自由児通所医療受給者証</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4 地域相談支援受給者証</td> <td></td> </tr> </table>	1 移動支援事業受給者証	5 療養介護医療受給者証	2 日中一時支援事業受給者証	6 通所受給者証	3 障害福祉サービス受給者証	7 肢体不自由児通所医療受給者証	4 地域相談支援受給者証	
1 移動支援事業受給者証	5 療養介護医療受給者証									
2 日中一時支援事業受給者証	6 通所受給者証									
3 障害福祉サービス受給者証	7 肢体不自由児通所医療受給者証									
4 地域相談支援受給者証										

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	