

受給者証再交付申請書

(宛先) 松阪市福祉事務所長

令和 年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1 障害福祉サービス受給者証 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証	受給者証番号	2 4 2 0 4 _ _ _ _ _
	4 通所受給者証 5 肢体不自由児通所医療受給者証		

フリガナ		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
支給決定 障害者[保護者] 氏名			

居住地	〒 電話番号		
-----	-----------	--	--

フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児童氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		

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すること。(紛失を除く。)

※市役所確認欄

再発行日		交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--	------	--------------------------------------------------------------------------------------------