

受給者証再交付申請書

年 月 日

水戸市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

受給者証 の種類	1 障害福祉サービス受給者証	受給者 証番号																	
	2 地域相談支援受給者証																		
	3 療養介護医療受給者証																		

支給決定 障害者等	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	居住地	〒 - -				
			電話番号	-	-	
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	支給決定に係る障 害児氏名		続柄			
再交付申請 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。)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等 (本人)		<input type="checkbox"/> 本人以外 (下の欄に記入する。)	
フリガナ		本 人 と の 関 係		
氏名				
住 所	〒 - -			
		電話番号	-	-