

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 - -			