

受給者証再交付申請書

八王子市福祉事務所長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

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		
	4	児童通所受給者証		
	5	肢体不自由児通所医療受給者証		
	6	地域生活支援事業等受給者証		
	7	緊急時通学支援事業受給者証		

フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名	個人番号：		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給（給付）決定 に係る児童氏名	個人番号：	生年 月日	平成 令和 年 月 日

申請書提出者	☐ 支給（給付）決定障害者（保護者）（申請者本人） ☐ 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。）