

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 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な状況 </div>
-------	---

従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)