

受給者証再交付申請書

登米市長

平成 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 療養介護医療受給者証	受給者証番号	
---------	--------------------------------	--------	--

フリガナ 支給決定障害者 (保護者)氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
居住地	〒			
		電話番号		
フリガナ 支給決定に係る 障害児氏名		続柄		
		生年月日	昭和・平成	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 氏名		本人との関係	
住所	〒		
		電話番号	

申請の理由	1 汚損 具体的な状況	2 紛失	3 その他
-------	----------------	------	-------

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)