

受給者証再交付申請書

小山市長 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 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証	受給者証 番号	
--------------	--	------------	--

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給(給付)決定 利用者(保護者) 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 児 童 氏 名			

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		本人との 関係	
申請書提出者 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。)