

## 受給者証再交付申請書

美濃加茂市福祉事務所長 あて

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	年 月 日
-----------------------------	--	------	-------

居住地	〒	電話番号	-	-
-----	---	------	---	---

フリガナ 支給決定に係る 障がい児氏名		続柄	
		生年月日	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	
------------	--	--------	--

居住地	〒	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)。