

受給者証再交付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

受給者証の種類		<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 地域相談支援受給者証 <input type="checkbox"/> 療養介護医療受給者証	
申請者	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏名		受給者証番号
	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			続柄
申請の理由			

（注）

- 1 受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。

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		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		