

受給者証再交付申請書

鶴岡市福祉事務所長 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																				

フリガナ 支給(給付)決定 障害者(保護者)氏名		生年 月日	年 月 日
個人番号			
居 住 地	〒 - 電話番号 ()		
フリガナ 支給決定に係る 児童氏名		続柄	
個人番号		生年 月日	年 月 日

申請書提出者	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	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。)