

受給者証再交付申請書

福山市長様

年 月 日

次の受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	受給者証番号
1 障害福祉サービス受給者証	
2 地域生活支援事業受給者証	
3 通所受給者証	
4 地域相談支援受給者証	
5 療養介護医療受給者証	
6 肢体不自由児通所医療受給者証	

ふりがな		個人番号							
支給決定障がい者 (保護者) 名前	Ⓜ ※ 自署又は記名押印してください。	生年月日	年	月	日	()	歳		
居住地	〒 ー								
		電話番号							
ふりがな		個人番号							
支給決定に係る 児童 名前		生年月日	年	月	日	()	歳		
		続柄							

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障がい者 (保護者) 本人 <input type="checkbox"/> 支給決定障がい者 (保護者) 本人以外 (下の欄に記入)		
ふりがな		本人との 関係	
名前			
住所	〒 ー		
		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
-------	-----------------------	------	-------

福山市処理欄 (以下は、記入不要です。)

証 回 収	未回収	<input type="checkbox"/> 回収方法() <input type="checkbox"/> 個人で破棄 <input type="checkbox"/> 紛失
	回収済	<input type="checkbox"/> 本庁窓口 <input type="checkbox"/> () 支所窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他()

再 交 付	窓口交付日	発送日	担当
	月 日	月 日	