第４号様式（第４条）

障害者受診証再交付申請書

年　　月　　日

（宛先）鎌倉市長

住所

申請者　氏名

電話

次のとおり申請します。

申請理由		□ 紛　失　　□ 破損・汚損　　□ その他（　　）
受診証番号		
資格者	氏　　名	
	生年月日	
	住　　所	

（備　考）

次のとおり決定してよいでしょうか。（伺い）					起　案　　・　　・
決定区分 □　再交付します □　再交付しません（理由　　）					決　裁　　・　　・ 再交付　　・　　・
課長	係長	担当		受診証の回収状況	□　回収 □　未回収

保－３１５－２