

受給者証再交付等申請書

(宛先) 鎌倉市長 様

年 月 日

受給者証の再交付等について申請します。

|         |   |        |  |
|---------|---|--------|--|
| 受給者証の種類 | 1 障害者福祉サービス受給者証<br>2 地域相談支援受給者証<br>3 療養介護医療受給者証 | 受給者証番号 |  |
|---------|---|--------|--|

|                            |      |          |                |       |
|----------------------------|------|----------|----------------|-------|
| フリガナ                       |      | 生年<br>月日 | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |
| 支給(給付)決定<br>障害者(保護者)<br>氏名 |      |          |                |       |
| 居住地                        | 〒    |          |                |       |
|                            | 電話番号 |          |                |       |
| フリガナ                       |      | 続柄       |                |       |
| 支給決定に係る<br>児童氏名            |      | 生年<br>月日 | 昭和・平成・令和       | 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   |   | 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<br>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。)