

# 受給者証再交付申請書

(提出先)  
川越市長

申請年月日                      年           月           日

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	1 障害福祉サービス受給者証 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証	受給者証 番 号	
--------------	--	-------------	--

申 請 者 又 は 児 童 の 保 護 者	フリガナ		生年月日	年           月           日
	氏 名			
	個 人 番 号	〒	電話番号	
支 給 決 定 に 係 る 児 童	フリガナ		生年月日	年           月           日
	氏 名		申請者との続柄	
	個 人 番 号			
申請の理由				

**備 考**

- 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、速やかに市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（下の欄に記入してください。）		
フリガナ		申請者との 関係	
氏 名			
住 所	〒	電話番号	