

受給者証再交付申請書

藤沢市長

令和 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	障がい児通所サービス受給者証												
	3	療養介護医療受給者証												
	4	地域相談支援受給者証												
	5	肢体不自由児通所医療受給者証												

フリガナ		生年 月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名			
居 住 地	〒  電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名		生年 月日	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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 汚損</span> <span>2 紛失</span> <span>3 その他</span> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     具体的な状況                 </div>
-------	--