

移動支援受給者証再交付申請書

区保健福祉センター所長 様

年 月 日

受給者 証番号	
------------	--

フリガナ		個人番号	
支給決定障がい者 (保護者)氏名		生年月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		個人番号	
支給決定に係る 障がい児氏名		続 柄	
		生年月日	年 月 日

申請提出者	<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 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)