

受給者証再交付申請書

大竹市長 様

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 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 | |
|---------------|--|-------------|--|

| | | | |
|-----------------------------|-----------|----------|-------|
| フリガナ | | 生年 月日 | 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 | | 生年 月日 | 年 月 日 |
| 支給決定に係る 児 童 氏 名 | | | |

| | | | |
|--------|---|------------|--|
| 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 | | |
| | [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。）