

受給者証再交付申請書

さくら市福祉事務所長 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 支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏名	印 個人番号:	生年月日	年 月 日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年月日	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 氏名	印	本人と の関係	
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。）