

受給者証再交付申請書 (介護給付費等)

さくら市福祉事務所長 様

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 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

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		個人番号	

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		続柄	
		個人番号	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 (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。)