

受給者証再交付申請書

美馬市福祉事務所長 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	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		続柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年 月 日
個人番号			

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。)