受給者証再交付申請書

糸魚川市福祉事務所長　様

年　　　月　　　日

年　　　月　　　日

受給者証の再交付について申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者証 | 受給者証番号 |
| □　障害福祉サービス受給者証 |  |
| □　地域相談支援受給者証 |  |
| □　療養介護医療受給者証 |  |
| □　児童通所受給者証 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大正 昭和平成 令和 |
| 支給決定障害者（保護者）氏名 | 個人番号 |
| 電話番号 |  |
| 居住地 | 〒 |
| フリガナ |  | 続柄 |  |
| 支給（給付）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 | □　支給決定障害者（保護者）本人　　　　　□　申請者本人以外（下の欄に記入） |
| フリガナ |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 住所 | 〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の理由 | 1　汚損　　　　　　2　紛失　　　　　　　　3　その他具体的な状況 |

※以前使用していた受給者証を添付すること（紛失を除く）