

受給者証再交付申請書

関市社会福祉事務所長 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 の種別	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	
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		続柄	
支給決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年 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		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
	具体的な理由 ( )		

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)