

受給者証再交付申請書

長与町長 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 支給(給付)決 定障害者(保護 者)氏名	個人番号:	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
------------------------------------	-------	----------	----------------	-------

居 住 地	〒			
	電話番号			

フリガナ 支給決定に係る 障害児氏名	個人番号:	続柄	生年 月日	昭和・平成	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	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。)