

長与町長 吉田 慎一 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 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証	受給者 証番号	
-------------	--	------------	--

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	年 月 日
居 住 地	〒	電話番号	
フリガナ 支給決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年月日	年 月 日

申請書提出者	<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 〔具体的な状況〕	2 紛失	3 その他
-------	------------------	------	-------