

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		生年月日	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		生年月日	年 月 日
支給決定に係る 児 童 氏 名	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]		