

## 受給者証再交付申請書

八街市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

|         |                                |        |  |
|---------|--------------------------------|--------|--|
| 受給者証の種類 | ・ 障害福祉サービス受給者証<br>・ 療養介護医療受給者証 | 受給者証番号 |  |
|---------|--------------------------------|--------|--|

|                            |       |      |  |
|----------------------------|-------|------|--|
| フリガナ                       |       | 生年月日 |  |
| 支給(給付)決定<br>障害者(保護者)<br>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<br>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。)