

受給者証再交付申請書

仙北市福祉事務所長 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	1 障害福祉サービス受給者証 2 療養介護医療受給者証	受給者証番号	
---------	--------------------------------	--------	--

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
支給決定障害者(保護者)氏名			
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る障害児氏名		生年月日	昭和・平成 令和 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。)