

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<br>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<br>[ 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。)