

受給者証再交付申請書

西原町長 様

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 支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名	個人番号：	生年 月日	明治・大正 昭和・平成	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：	続柄	生年 月日	平成 年 月 日

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況
-------	---

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		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）