（様式第１５号）

受給者証再交付申請書

西原町長　　様

平成　　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 支給（給付）決定障害者（保護者）氏名		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		続柄	
		生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日

申請書提出者	□申請者本人　　□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		

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。）