

受給者証再交付申請書

大崎町長 東 靖弘 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 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		生 年 月 日	
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名	印 個人番号:		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続 柄	
支給決定に係る 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	印		
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。)