

受給者証再交付申請書

区保健福祉センター所長 様

年 月 日

受給者証 の種類	1 障がい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		個人番号	
支給決定障がい者 (保護者)氏名		生年 月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 障がい児氏名		個人番号	
		生年 月日	年 月 日

申請提出者	申請者本人 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		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)