

受給者証再交付申請書

三次市長 様

受給者証の再交付について申請します。

申請年月日 年 月 日

受給者証 の種類	1 障害福祉サービス受給者証	受給者 証番号	
	2 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名		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		生年月日	平成・令和 年 月 日	
		個人 番号		

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）		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒  電話番号		

申請の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 汚損</span> <span>2 紛失</span> <span>3 その他</span> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                 具体的な状況             </div>
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）