

受給者証再交付申請書

岩出市長 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	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	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	個人番号：	生年 月日	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			
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。）