

受給者証再交付申請書

佐世保市福祉事務所長 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。)