

受給者証再交付申請書

水俣市長 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	
支給決定障害者(保護者)氏名	個人番号:		年 月 日

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 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。)