

障がい福祉サービス受給者証再交付申請書

泉大津市社会福祉事務所長 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 支給(給付)決定 障がい者 (保護者)氏名	個人番号:	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
-------------------------------------	-------	------	-------------------------

居住地	〒 電話番号		
-----	-----------	--	--

フリガナ 支給決定に係る 児童氏名	個人番号:	続柄	生年月日	平成 令和 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 氏名	本人との関係	
------------	--------	--

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。)