

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

本山町長 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 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	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		生年月日	年 月 日
支給決定に係る 児童氏名		続柄	
		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）		
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）