

## 受給者証再交付申請書

河内長野市福祉事務所長 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<br>の種類 | 1 障害福祉サービス受給者証<br>2 地域相談支援受給者証<br>3 療養介護医療受給者証<br>4 地域生活支援事業受給者証<br>5 通所受給者証<br>6 肢体不自由児通所医療受給者証 | 受給者証<br>番号 | 1.<br>2.<br>3.<br>4.<br>5.<br>6. |
|-------------|--|------------|----------------------------------|

|                            |           |      |                |       |
|----------------------------|-----------|------|----------------|-------|
| フリガナ                       |           | 生年月日 | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |
| 支給(給付)決定<br>障害者(保護者)<br>氏名 |           |      |                |       |
| 居住地                        | 〒<br>電話番号 |      |                |       |
| フリガナ                       |           | 続柄   |                |       |
| 支給決定に係る<br>児童氏名            |           | 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) |            |  |
| 氏名     |   | 本人と<br>の関係 |  |
| 住所     | 〒<br><input type="checkbox"/> 申請者の〒、住所、電話番号と同じ 電話番号                     |            |  |

|       |   |
|-------|---|
| 申請の理由 | 1 汚損                      2 紛失                      3 その他<br>[ 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。)