

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 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 4 地域生活支援事業受給者証 5 通所受給者証	受給者証 番 号	1. 2. 3. 4. 5.
---------------	--	-------------	----------------------------

フリガナ		生年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名				
居 住 地	〒			
	電話番号			
フリガナ		続柄		
支給決定に係る 児 童 氏 名		生年 月 日	平成 令和	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)		
氏 名		本人と の関係	
住 所	〒		
	☐ 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 [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。)