

受給者証再交付申請書

山陽小野田市長 あて

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		続柄	
支給（給付）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	<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。）。

本 人 確認欄	1点確認	個・住・免・旅・身・特・その他（療・精・	）
	2点確認	健・介・後・年・生・その他（自・福・証・	）