

受給者証再交付申請書

(兼地域生活支援事業受給者証再交付申請書 (第 14 条関係) )

加古川市長 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	受給者 証番号	
	2 療養介護医療受給者証		
	3 障害児通所支接受給者証		
	4 肢体不自由児通所医療受給者証		
	5 地域相談支接受給者証		
	6 地域生活支援事業受給者証		

フリガナ		生年 月日	大正 昭和 平成 令和	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		
支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号:	生年 月日	平成 令和	年 月 日

連絡先	<input type="checkbox"/> 支給 (給付) 決定障がい者本人 <input type="checkbox"/> 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。)