

様式第14号(第6条関係)

障害福祉サービス受給者証・地域相談支授受給者証・
療養介護医療受給者証再交付申請書

枝 幸 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	受給者 証 番 号	
	2	地域相談支授受給者証		
	3	療養介護医療受給者証		

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定障害者 (保護者)氏名	個人番号： ⑩		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 障害児氏名	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	⑩		
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。)