

## 受給者証再交付申請書

平群町長 様

令和      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			
支給（給付）決定 障害者（保護者）氏名	印 (自署又は捺印)	生年月日	
居住地	〒  <div style="text-align: right;">電話番号</div>		
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	

申請書提出者	申請者本人      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	〒      -  <div style="text-align: right;">電話番号      (      )</div>		

申請の理由	<div style="text-align: center;">                     1 汚損                      2 紛失                      3 その他                 </div> <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">                     (      具体的な状況      )                 </div>
-------	--

従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）