

# 地域生活支援事業受給者証再交付申請書

平群町長 殿

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		受給者証番号	
---------	--	--------	--

フリガナ 支給決定障害者 (保護者)氏名		生年 月日	
居住地	〒  電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定障害者 (保護者)氏名		生年 月日	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等 (本人) <input type="checkbox"/> 本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ			
氏 名			本人と の関係
住 所	電話番号		

	1 汚損	2 紛失	3 その他
申請の理由	{ 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。)