

様式第13号（第10条関係）

受給者証再交付申請書

下妻市福祉事務所長 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 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		個 人 番 号	
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
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	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（下欄に記入してください。）		
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してください（紛失を除く。）。