

受給者証再交付申請書

遠 軽 町 長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

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 地域相談支援受給者証		
	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			

居住地	〒		電話番号 ()
-----	---	--	----------

フリガナ			生年月日	年 月 日
支給決定に係る 児童氏名				
	個人番号			続柄

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等 <input type="checkbox"/> 支給決定障害者等以外（下の欄に記入）	
--------	---	--

フリガナ		
氏名	本人との関係	

住所	〒		電話番号 ()
----	---	--	----------

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。（紛失は除く。）