

障害福祉サービス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	(自署)				
	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		

申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 その他
	具体的な状況

※ 受給者証の破損、又は汚損した場合の申請については、現在お持ちの受給者証を添付すること。
 ※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、速やかに遠軽町に返還すること。

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（次の欄に記入）		
氏名		本人との関係	
住所	〒		
	電話番号		