

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

（宛先）狭山市福祉事務所長

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

| | | | |
|-------------|--|------------|--|
| 受給者証 の種別 | 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 | | 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 支給（給付）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 | | 続柄 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------|---|------------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ | | 本人との 関係 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |

| | |
|-------|--|
| 申請の理由 | <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-weight: bold;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> [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）