

受給者証再交付申請書

嘉島町長 様

令和 年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者の種類	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 支給決定障害者 (保護者)氏名	個人番号：	生年月日	年 月 日	
居住地	〒			
	電話番号			
フリガナ 支給決定に係る 児童氏名	個人番号：	続柄		
		生年月日	年 月 日	
申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）			
フリガナ 氏名			本人との関係	
住所	〒			
	電話番号			
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。 （紛失を除く。）