

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

平戸市福祉事務所長 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	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（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	☐ 申請者本人 ☐ 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	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）