

受給者証再交付申請書

直方市福祉事務所長 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		生年月日	
支給決定者(保護者)氏名	個人番号：印		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号：		
		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		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。）