

受給者証再交付申請書

東松島市長 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 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証 4 通所受給者証（障害児）	受給者証番号	
---------	---	--------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定障害者（保護者）氏名	個人番号：		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る障害児氏名	個人番号：	生年月日	年 月 日

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	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。）