

受給者証再交付申請書(介護給付費等)

(あて先) 日野市長

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	年 月 日
支給(給付)決定障害者(保護者)氏名		個人番号	
居 住 地	〒		
フリガナ		電話番号	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年 月 日
		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	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)