

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。

受給者証の種別	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	
---------	--	--------	--

[illegible]

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	〒 <div style="text-align: right;">電話番号</div>		

申請の理由	1 汚損 具体的な状況	2 紛失	3 その他

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）