

様式第17号

受給者証再交付申請書

鳥栖市福祉事務所長 様

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | |
|---------|--|--------|--|
| 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 | |
|---------|--|--------|--|

| | | | | |
|-------|----------------------|----------|------|-------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | (個人番号:) | | |
| | 居 住 地 | 〒 | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 支給決定に係る 障 害 児 氏 名 | (個人番号:) | 続柄 | |
| 申請の理由 | | | | |

- 備考 1 受給者証を破損し、又は汚損した場合の申請については、現在お持ちの受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。

| | | | |
|--------|---|---------|--|
| 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 | | 申請者との関係 | |
| 氏 名 | | | |
| 住 所 | 〒 | | |
| | | 電話番号 | |