

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	