

## 受給者証再交付申請書(介護給付費等)

大崎町長様

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	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	〒	電話番号	
フリガナ		生年月日	年月日
支給決定に係る児童氏名		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	
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)