

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		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）