

受給者証再交付申請書

嘉麻市長様

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	受給者証番号	
	2 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	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		続柄		
支給決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年 月日	平成	年 月 日

代理人	(フリガナ) 代理人氏名	申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	⑩	1. 同一世帯 2. 法定代理人 3. その他	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
上記の者を代理人と認め、障害者福祉サービス、地域生活支援、療養介護医療の申請を委任します。			申請者	
			⑩	

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。)