様式第13号（第13条関係）

平戸市福祉事務所長　様

受給者証再交付申請書

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 | | | | | | | | | | | |
| 支給決定障害者(保護者)氏名 | (※) |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
| 居住地 | 〒  　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 続柄 |  | | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る障害児氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 申請書提出者 | □申請者本人　□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 | (※) |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請理由 | 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。) 。