|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 様式第14号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 受給者証再交付申請書 |  |
| 日南町福祉事務所長　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 | １　障害福祉サービス受給者証 | 受給者 |  |
| の　種　類 | ２　療養介護医療受給者証 | 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 |  |  |
| 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 |
|  |
| 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 |  |
| 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。） |