

障害福祉サービス受給者証再交付申請書

北中城村長 殿

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

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）。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下記の欄に記入）		
氏名		本人との関係	
住所	〒		
	電話番号		