受給者証再交付申請書（障害福祉サービス）

松原市福祉事務所長　　殿

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			
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る児童氏名		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 （該当番号に○をしてください。）	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。）