**編集１**

様式第１５号

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

市町村長名　　様

　　　　年　　月　　日

**固定文言１**

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 |  | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 居　住　地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 支給決定に係る  児童氏名 |  | 続柄 | | | | |  | | | | | | | | |
| 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 |  |
| 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）

**自由記載１**

**固定文言２**