

様式第15号の4（第2条関係）

受給者証再交付申請書

（宛先）春日市福祉事務所長

年 月 日

次のとおり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 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

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		続柄	
支給（給付） 決定に係る 児童の氏名	個人番号：	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。）。