

受給者証再交付申請書

令和 年 月 日

(申請先)茨木市福祉事務所長

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				
支給決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年月日		年	月	日

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 〕
-------	---

備考 従前使用していた受給者証を添付してください。(紛失を除く。)