様式第14号

受給者証再交付申請書

日南町福祉事務所長　様

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　療養介護医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ 支給決定障害者（保護者）氏名		生年月日	年　月　日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る障害児氏名		続柄	
		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 氏名		本人との関係	
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。）