**受給者証再交付申請書**

（宛先）松阪市福祉事務所長

令和　　　　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 | ２４２０４＿ ＿ ＿ ＿ ＿ |
| ４ 通所受給者証５ 肢体不自由児通所医療受給者証 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　 　月　 　日 |
| 支給決定障害者[保護者]氏 名 | 　 |
| 居　住　地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| フリガナ |  | 続柄 |  |
| 支給決定に係る児童氏名 |  | 生年月日 | 平成・令和　　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。）

|  |
| --- |
| ※市役所確認欄 |
| 再発行日 |  | 交付方法 | □窓口交付　 □郵送 　 □その他（　　　 　　　　　　 　　） |