

介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費
受給者証再交付申請書

川西市長 様

平成 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	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	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏名			
個人番号	<input type="text"/>		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		生年 月日	平成 年 月 日
支給決定に係る 児童氏名			
個人番号	<input type="text"/>		

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		
-------	---	--	--

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)