

受給者証再交付申請書

うるま市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証番号					
受給者証の種類	1 障害福祉サービス受給者証	4 通所受給者証			
	2 地域相談支援受給者証	5 肢体不自由児通所医療受給者証			
	3 療養介護医療受給者証	6 その他 ( )			

フリガナ			生年	明治 大正	年	月	日
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏名	個人番号:		月日	昭和 平成			
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	平成・令和	年	月	日
	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 (○印)	1 汚損・破損 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。)

● 以下、市役所記入欄

提出者身分確認	<input type="checkbox"/> 自動車等免許証 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
交付年月日	令和 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 郵送 )
交付先	<input type="checkbox"/> 申請書提出者 <input type="checkbox"/> その他 ( )