

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

鞍手町長 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 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（給付）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		生年月日	年 月 日								
支給決定に係る 児 童 氏 名		続 柄									
	個 人 番 号										

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）