受給者証再交付申請書

柏市長　あて

受給者証の再交付について申請します。　　令和　　年　　月　　日

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：別紙のとおり		
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：別紙のとおり	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		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。）