

受給者証再交付申請書

別府市長 あて

受給者証の再交付について申請します。

申請年月日 年 月 日

受給者証の種類	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 地域相談支援受給者証 <input type="checkbox"/> 療養介護医療受給者証 <input type="checkbox"/> 通所受給者証
---------	--

フリガナ		生年月日	年	月	日													
申請者氏名	印	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		個人番号																
		続柄																
申請の理由	<input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()																	

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		申請者との関係	
氏名	印		
住所	〒 -		電話番号

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)

申請書の提出について、上記の者を代理人として委任します。

氏名 _____ 印 _____