

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

柏市長 あて

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	<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）