様式第21号(第15条関係)

受給者証再交付申請書

会津美里町長

　　　　　　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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給(給付)決定 　障害者(保護者) | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用児童 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 |  |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 |  |
| 申請代行者 | 区　　分 | □支給(給付)決定障害者等(本人)　□本人以外(本人以外の場合下記の欄に記入) | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | 本人  との関係 |  |
| 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。)