（様式第１５号）

受給者証再交付申請書

小山市長　　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）決定利用者（保護者）氏 名 |  |
| 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 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 申請書提出者  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。）