様式第17号(第9条関係)

|  |
| --- |
| 受給者証再交付申請書　　三郷市長　あて年　　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　療養介護医療受給者証3　地域相談支援受給者証 | 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 | 　 | 続柄 | 　 |
| 支給決定に係る児童氏名 | 個人番号： | 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。) |