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。) | | | | | | | | | | | |