様式第１３号（第１４条関係）

（障害福祉サービス　地域相談支援　療養介護医療

　　地域生活支援事業　通所　肢体不自由児通所医療）

受給者証等再交付申請書

廿日市市長　様

　　年　　月　　日

次のとおり再交付の申請をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 支給決定障害者等氏名 | ㊞  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 | 個人番号： |
| 続柄 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付する証明書 | １　受給者証（　障害福祉サービス・地域相談支援・療養介護医療  地域生活支援事業・通所・肢体不自由児通所医療　）  ２　通知書（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失　　　　　２　破損・汚損  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者 | □　本人（支給決定障害者等） | | □　本人以外（下の欄に記入してください。） | | |
| フリガナ |  | | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。