

受給者証等再交付申請書

(宛先) 東大阪市長

令和 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 4 地域生活支援事業 (決定通知書 ・ 契約内容表)	受給者証番号	
---------	---	--------	--

フリガナ		生年	明治 大正	年	月	日
支給決定者 (保護者) 氏名	個人番号:	月日	昭和 平成			
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	平成・令和	年	月	日
	月日					

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号 ()		

※支給決定者以外が申請する時は、支給決定者の署名をお願いします。

支給決定者 署名	
-------------	--

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他(下欄へ記載してください。) 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。)