

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	受給者証番号	
	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)			

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給決定障害 (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	<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		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 (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。)