

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	
支給決定障害 (保護者)氏名	個人番号:	月日	年 月 日
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 <div></div>

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）