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 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 支給決定者（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 | 平成・令和　　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 |  | 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。）