

様式第11号（第9条関係）

受給者証再交付申請書

大崎市社会福祉事務所長 様

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 療養介護医療受給者証	受給者証番号	
---------	--------------------------------	--------	--

フリガナ		個人番号	
支給決定障害者（保護者）氏名		生年月日	年 月 日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る障害児氏名		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 具体的な状況 []	2 紛失	3 その他
-------	-----------------------	------	-------

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）