受給者証再交付申請書

（宛先）今治市福祉事務所長

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 3　同行援護時間管理帳 4　通所受給者証（児童）	受給者証番号	

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定障害者（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	年　　月　　日

申請書提出者	□支給決定者（保護者）　□支給決定者（保護者）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 （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。）