様式第12号(第13条関係)

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

時津町長　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　地域相談支援受給者証 3　療養介護医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ		生年月日	年　月　日
支給（給付）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		生年月日	年　月　日
支給決定に係る児童氏名		続柄	
		個人番号	

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		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）