様式第 12 号

# 受給者証再交付申請書

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<br>2　地域相談支援受給者証<br>3　療養介護医療受給者証<br>4　障害児通所受給者証 | 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 | 〒<br>電話番号 | | |
| フリガナ | | 続柄 | |
| 支給決定に係る児　童　氏　名 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 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 | 〒<br>電話番号 | | |

| | |
|---|---|
| 申請の理由 | 1　汚損　　2　紛失　　3　その他<br>（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。）