

第9号様式(第11条関係)

受給者証再交付申請書

阿賀野市福祉事務所長 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	受給者 証番号	
	2 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

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		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	<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 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。)