様式第13号（第11条、第20条の７、第28条、第29条第３項関係）（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

受給者証再交付申請書

年　月　日

　　伊豆の国市福祉事務所長　宛

　　受給者証の再交付について、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者証の種類 | １　障害者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  ４　自立支援医療（育成医療・更生医療）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 | 印 |
| 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 |  | 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 | 〒    電話番号 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付の理由 | １　汚損  ２　紛失  ３　その他  具体的な理由 |

（注）

　　１　受給者証を破り、又は汚した場合は、当該受給者証を添付してください。

　　２　受給者証を失った方で、受給者証の再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかにこれを市に返還してください。