

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	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		
	4 自立支援医療（育成医療・更生医療）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		生年月日	年 月 日
個 人 番 号			

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		

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。