

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

鹿島市長 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 の種別	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 支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏名		生年月日	年 月 日									
		個人番号										

居住地	〒											
	電話番号											

フリガナ 支給決定に係る 児童氏名		生年月日	年 月 日									
		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 氏名		本人と の関係										
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）