障害福祉サービス受給者証・地域相談支援受給者証・療養介護医療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

　　　（宛先）旭川市長

　次のとおり受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 | 印（個人番号：　　　　　　　　　　） |
| 居住地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 続柄 |  |
| 支給決定に係る障害児氏名 | （個人番号：　　　　　　　　　　） | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請の理由 | １　紛失２　破損・汚損３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請書提出者 | □申請者本人　　□申請者本人以外（次の欄に記入） |
| ふりがな |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |

　（注）１　「申請の理由」欄は，該当する番号を○で囲んでください。該当する理由が「３　その他」であるときは，具体的な理由を記載してください。

　　　　２　申請の理由が破損又は汚損であるときは，受給者証を添付してください。