様式第12号(第10条関係)

受　給　者　証　再　交　付　申　請　書

赤磐市長　　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	

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	
支給決定に係る障害児氏名	個人番号：	生年月日	年　月　日

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		

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。)