

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

函館市長 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																			
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																			
居住地	〒																				
	電話番号																				
フリガナ		生年月日	年 月 日																		
支給決定に係る児童氏名		続柄																			
		個人番号																			
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																			

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		

申請の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な状況 </div>
-------	--

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）