

第15号様式(第11条、第26条関係)

受給者証再交付申請書

(あて先)日野市長

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 | | | |
| 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 |

| | | | |
|--------|---|--------|--|
| 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 | 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。)