

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

水戸市長 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	
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		生年月日	
支給決定に係る児童氏名		続柄	
		個人番号	

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）