

☐介護給付費 ☐訓練等給付費 ☐特定障害者特別給付費 ☐地域相談支援給付費
受給者証再交付申請書

川西市長 様

令和 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	大・昭・平・令 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	平・令 年 月 日
支給決定に係る 児 童 氏 名				
個人番号			続柄	

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。）