様式第１０号（第１１条関係）

受給者証再交付申請書

（宛先）山口市長

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  ４　通所受給者証  ５　肢体不自由児通所医療受給者証 | 受給者  証番号 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 支給（給付）決定障がい者（保護者）氏　　　　　　名 | 個人番号： |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | |
| ふりがな |  | 続柄 |  |
| 支給決定に係る  児童氏名 | 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） | | |
| ふりがな |  | 本人との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　　　　　所 | 〒  電話番号 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 委　任　欄 | 上記の者を代理人と定め、申請の権限を委任します。  氏　名　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　自筆による署名又は記名押印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。）。