

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

茨城県笠間市長

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		個 人 番 号											
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											
申請書提出者	☐ 申請者本人（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）