（様式第１５号）

受給者証再交付申請書

横 手 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　通所受給者証 ３　地域相談支援受給者証 ４　療養介護医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ		生年月日	大正　昭和 平成　令和　　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		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号：	生年月日	平成・令和　　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）		
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。）