

様式第10(第10条関係)

受給者証再交付申請書

鹿児島市長 殿

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	受給者 証番号	
	2 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給決定障害者 (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	個人番号:	続柄	

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 〕		

注 従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失の場合を除く。)