

第14号様式(第11条関係)

受給者証再交付申請書

年 月 日

(あて先)上越市長

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

受給者証の種類	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 療養介護医療受給者証 <input type="checkbox"/> 障害者地域生活支援事業受給者証	受給者証番号																		
---------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ				
支給決定障害者(保護者)氏名	個人番号:	生年月日	年	月 日
居住地	〒 電話番号			
フリガナ		続柄		
支給決定に係る障害児氏名	個人番号:	生年月日	年	月 日

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			
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

申請理由	1 汚損 具体的な状況	2 紛失	3 その他
------	----------------	------	-------

備考 紛失した場合を除き、従前使用していた受給者証を添付してください。