

様式第10(第10条関係)

受給者証再交付申請書

さつま町長 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 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	☐ 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)
-----------	---

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。)