

様式第16号（第13条，第33条関係）

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

東海村長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の種別	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（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	<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）

※ 従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）