

障害福祉サービス受給者証等再交付申請書

年 月 日

（宛先）金沢市社会福祉事務所長

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		

届出者	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：												年 月 日		
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			申請者との関係
氏名			
住所	〒 -		
	電話番号： - -		

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

備考

- 該当する□の中にレ印を付けてください。
- 交付を受けている受給者証を添付してください（紛失した場合を除きます）。
- 個人番号カード、障害者手帳、運転免許証、旅券その他の本人確認ができる書類を提示する場合は、個人番号の記載の必要はありません。

※市記入欄

確認欄	番号確認	番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 ・ 端末 ・ その他（ ）	代理権確認	法定・委任状・本人発行
	本人確認	番号カード ・ 運転免許証 ・ 障害者手帳 ・ 旅券 ・ 保険証（国保・後期高齢・介護） ・ 学生証 ・ その他（ ）		