

様式第9号（第9条関係）

受給者証再交付申請書

鳥取市長 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
支給決定障がい者 (保護者) 氏名	個人番号:		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号:	生年 月日	年 月 日

申請の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な状況 </div>
-------	---

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障がい者(保護者) <input type="checkbox"/> 支給決定障がい者(保護者)以外(下の欄に記入)		
フリガナ		支給決定障がい者 (保護者)との関係	
氏 名			
住 所	電話番号		