第９号様式（第１１条関係）

申請年月日　　年　　月　　日

多摩市福祉事務所長　殿

受 給 者 証 再 交 付 申 請 書

次のとおり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 支給(給付)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 支給決定に係る児童氏名	個人番号：	続柄	
		生年月日	年　　月　　日
申請の理由	1　汚損　　2　紛失　　3　その他 （具体的な状況　　）		

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 氏名		本人との関係	
住所	〒　　電話番号		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）