|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 地区名 | No. |

年　　月　　日

障害福祉サービス受給者証等再交付申請書

(あて先)札幌市　　区保健福祉部長

次のとおり、受給者証の再交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 　〒電話番号　　　　　　　　　　　 |
| 再交付を希望する受給者証の種類 |  | 障害福祉サービス受給者証 | 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 障害児通所支援受給者証 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 移動支援受給者証 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 地域相談支援受給者証 |  |
|  | 療養介護医療受給者証 | 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 肢体不自由児通所医療受給者証 | 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 理由 |  |

注１　受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの受給者証を添付してください。

２　再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかにお住まいの区の保健福祉課に提出してください。