

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											生年月日			年	月	日						
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											
	障害児通所支援助給者証																					
	移動支援助給者証																					
	地域相談支援助給者証																					
	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。