

第9号様式(第6条関係)

障害福祉サービス受給者証等再交付申請書

(宛先)春日井市長

申請年月日 令和 年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の種別	1 障がい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		

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	
居住地	電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 障害児氏名		生年 月日	年 月 日
		個人 番号	

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		本人と の関係	
氏名			
住所	電話番号		

申請の理由	1 汚損	2 紛失	3 その他
	具体的な状況		