様式第１－３号

地域生活支援事業支給決定通知書

再交付申請書

熊本市長（宛）

申請年月日　　　　　年　　月　　日

次のとおり地域生活支援事業支給決定通知書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  障がい者氏名 |  |
| 受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る  障がい児氏名 |  |
| 続柄 |  | | | | | | | | | | |
| 申請の理由 |  | | | | | | | | | | | | |

　　注　１　支給決定通知書を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの支給決定通知書を添付してください。

　　　 ２　再交付を受けた後、失った支給決定通知書を発見したときは、速やかに市に返還してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 申請者　との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒  電話番号 | | |