第２号様式（第４条関係）

心身障害者療養受診証交付申請書

　年　　月　　日

（宛先）座間市長

住　所

申　請　者 氏　名

電　話

次のとおり、心身障害者療養受診証の交付を申請します。

この事務に必要な私の市税、健康保険の資格等に関する調査をすることに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 個人番号 |  |
| 障害の種別 | 身体障害 | 知的障害 | 精神障害 |
| 障害の程度 | 級 |  | 級 |
| 手帳交付日 | 年　月　日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 判定年月日 | ※年　月　日 | ※年　月　日 | ※年　月　日 |
| 保険の種別 | 1　国保　2　健保　3　船員　4私学共済　5　国家公務員共済　6　地方公務員共済　7　後期高齢　8　国保組合 |
| 保険者名 |  |
| 保険者番号 |  |
| 記号 |  |
| 番号 |  |

※印は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診証番号 | 宛名番号 | 処理日 |
|  |  |  |