

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