

第3号様式（第5条関係）

障害者医療費受給者証交付申請書														
年 月 日														
清須市長 様														
申請者 住 所														
氏 名														
(自署の場合、押印不要)														
電 話 ()														
次のとおり障害者医療費受給者証の交付を申請します。														
受給資格者	住 所								世帯主との続 柄					
	ふ り が な 氏 名						生年月日		年 月 日					
	個 人 番 号													
世帯主	ふ り が な 氏 名						生年月日		年 月 日					
	個 人 番 号													
加入医療保険	被 保 険 者		住所											
			氏名											
	記 号 番 号								附加給付		有・無			
	保険者	名 称						保険者番号						
		所在地												
障 害 区 分	障 害 名			手 帳 番 号					備 考					
	1 身体障害者 1. 2. 3 級 2 じん臓機能障害 3 進行性筋い縮症 4 知能指数 5 0 以下 5 自閉症状群													
備 考														