

第2号様式(第3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			
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		男 女	生年月日	年 月 日	
	ふりがな 世帯主 名		男 女	生年月日	年 月 日	
保険の加入状況	被 保 険 者		住 所			
			氏 名			
	保 険 証		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50以下 5自閉症状群					
備 考						