

障害者医療証交付申請書

受給者	住所			
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	個人番号	
加入保険の状況	保険の種類	1 国保 2 国組 3 協会 4 組合 5 日雇 6 船員 7 共済 8 後期		
	被保険者等氏名		続柄	
	個人番号			
	保険者番号		記号・番号	
	保険者名			
	保険者の所在地			
決裁区分	決裁欄			交付年月日
	課長	GL	課員	

上記のとおり医療証の交付を申請します。

年 月 日

三浦市長

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(注) この申請書を提出するときは、加入保険の状況が分かるもの及び身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳をお持ちください。