

第4号様式（第5条関係）

障害者医療証交付申請書

受（障 給害 者者）	住 所			
	ふ り が な			
	氏 名			印
	生 年 月 日	年	月	日
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
	保 険 者 番 号	記号・番号		
	保 険 者 名			
	保 険 者 の 所 在 地			
決裁区分	課 長	主 査	係 員	交付年月日
丁				

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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(注) この申請書を提出するときは、被保険者証（組合員証）及び身体障害者手帳又は療育手帳をお持ちください。