様式第2号(第10条、第11条、第12条関係)

重度障害者医療証(　交付　・　更新　・　再交付　)　申請書

<table>
<tr><td colspan="2">発行事由</td><td colspan="6">1. 新規　2. 転入　3. 生活保護の廃止　4. 保険加入　5. 資格復活
6. 紛失　7. 盗難　8. 破損、汚損　9. その他(　　)</td></tr>
<tr><td colspan="3">①受給者氏名</td><td colspan="5">生年月日</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">加入保険</td><td>保険種別</td><td colspan="7">協　組　日　船　共　国　国組　自　特定　後期</td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="3"></td><td>保険者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>被保険者名</td><td colspan="3"></td><td>①との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>記号</td><td colspan="3"></td><td>番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">根拠となるもの</td><td rowspan="4">重度障害者</td><td rowspan="2">身体</td><td colspan="2" rowspan="2">級</td><td colspan="3">年　月　日発行</td></tr>
<tr><td colspan="3">第　号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">療育</td><td colspan="2" rowspan="2">A　・　B1</td><td colspan="3">年　月　日発行</td></tr>
<tr><td colspan="3">第　号</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">精神障がい者
保健福祉手帳</td><td colspan="2" rowspan="2">1　級</td><td colspan="3">年　月　日発行</td></tr>
<tr><td colspan="3">第　号</td></tr>
<tr><td colspan="4">特定医療費（指定難病）受給者証</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">障害年金　又は　特別児童扶養手当</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

松原市長　殿

上記のとおり、医療証の(交付・更新・再交付)申請をいたします。

なお、申請に当たり、公簿等により私の所得等の確認をされることを承諾します。

年　　月　　日

申請者
(保護者)　住所

氏名　　㊞

電話番号

市　役　所　記　入　欄

決　裁				資　格　取　得　日	受付印
課長	課長補佐	係長	係員	年　月　日	
				受　給　者　番　号	