

第2号様式（第4条関係）

心身障害者療養受診証交付申請書

年 月 日

（宛先）座間市長

住 所
申 請 者 氏 名
電 話

次のとおり、心身障害者療養受診証の交付を申請します。

この事務に必要な私の市税等に関する調査をすることに同意します。

対象者	住所			
	氏名		生年 月日	年 月 日
障害の種別	身体障害	知的障害		精神障害
障害の程度	級			級
手帳交付日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
判定年月日	※ 年 月 日	年 月 日	※ 年 月 日	
保 険 者 名				
保 険 者 番 号				
記 号				
番 号				

※印は記入しないでください。

受診証番号	宛名番号	処理日