

(別紙) 返却・手続に必要な証書等の見本

①

見本

登録番号

印鑑登録証

茅ヶ崎市長

②

神奈川県
国民健康保険
被保険者証

有効期限 令和__年__月__日

記号 08 番号 0000000 枝番 00

氏名 ○ ○ ○ ○

生年月日 昭和○年○月○日 性別 ○

世帯主 名 ○ ○ ○ ○

住所 ○ ○ ○ ○ ○ ○

適用開始日 平成○年○月○日

交付年月日 令和元年 8月1日

保険者番号 140087

交付者名 茅ヶ崎市 公印

* 70歳以上の方の場合は、「兼高齢受給者証」となっており、「負担割合」も記載された証となります。

③

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和○年7月31日

交付年月日 令和○○年○○月○○日

被保険者番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

茅ヶ崎市○○×番地

住所

氏名 ○ ○ ○ ○

生年月日 昭和○○年○○月○○日

資格取得年月日 平成○○年○○月○○日

発効期日 平成○○年○○月○○日

一部負担金の割合 ○ 割

保険者番号並びに保険者の名称及び印

3 9 1 4 2 0 7 0

神奈川県後期高齢者医療広域連合 印

④

介護保険被保険者証

番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日 性別 男 女

交付年月日

1 4 2 0 7 5

保険者番号並びに保険者の名称及び印

茅ヶ崎市

〒253-8686
神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号
電話 0467(82)1111

⑤ 介護保険負担割合証

介護保険負担割合証

交付年月日

被保険者番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日

利用負担割合

適用期間

開始年月日 終了年月日

開始年月日 終了年月日

1 4 2 0 7 5

茅ヶ崎市

〒253-8686
神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号
電話 0467(82)1111

⑥ 介護保険負担限度額認定証

介護保険負担限度額認定証

交付年月日

被保険者番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日 性別 男・女

適用年月日 有効期限 から まで

食費の負担限度額

ユニット型個室
ユニット型個室の多床室
従来型個室(特養等)
従来型個室(老健・療養等)
多床室

居住費又は滞在費の負担限度額

1 4 2 0 7 5

茅ヶ崎市

神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

⑦ 福祉医療証

福祉医療証

負担者番号 8 1 1 4 0 0 8 9

受給者番号

対象乳幼児

住所

氏名

生年月日

有効期間

一部負担金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

上記の者は、茅ヶ崎市小児の医療費の助成に関する条例により医療費の一部を茅ヶ崎市が助成するものであることを証明する。

神奈川県 茅ヶ崎市長

交付年月日

8

親 福祉医療証

親 福祉医療証

住所

氏名

有効期間

一部負担金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

次の受給者は、茅ヶ崎市ひとり親家庭等の医療費助成に関する条例により医療費の一部を茅ヶ崎市が助成するものであることを証明する。

神奈川県
茅ヶ崎市長

交付年月日

9

身体障害者手帳

身体障害者手帳

神奈川県 第123456号

交付年月日 平成 年 月 日

身体障害者等級表による級 第 種

氏名

昭和 年 月 日生 神奈川県

紙タイプ または カードタイプ

身体障害者手帳

神奈川県 第123456号

交付年月日 令和元年4月1日

再交付年月日 令和3年11月1日

氏名 神奈川 太郎

生年月日 平成元年4月1日

住所 神奈川県横浜市都心区みらい町1234
マンション1234

申請者氏名 神奈川 花子 住所 神奈川県横浜市都心区みらい町1234
マンション1234

身体障害者等級表による級別 3級 神奈川県 印

障害者手帳交付申請書 第1種

10

療育手帳

療育手帳

神奈川県 第123456号

交付年月日 平成 年 月 日

療育の種別 療育施設株式会社 障害者福祉施設

氏名

昭和 年 月 日生 神奈川県

紙タイプ または カードタイプ

療育手帳

神奈川県 第123456号

交付年月日 平成30年4月1日

再交付年月日 令和3年11月1日

氏名 神奈川 太郎

生年月日 平成17年4月1日

住所 神奈川県横浜市都心区みらい町1234
マンション1234

申請者氏名 神奈川 花子 住所 神奈川県横浜市都心区みらい町1234
マンション1234

療育手帳交付申請書 第1種 神奈川県 印

11

精神障害者保健福祉手帳

氏名

住所

交付日 (更新)

有効期限 (更新)

障害等級 第 級

手帳番号 号 神奈川県

顔写真

紙タイプ または カードタイプ

障害者手帳

氏名 神奈川 太郎

住所 神奈川県横浜市都心区みらい町1234
マンション1234

生年月日 平成元年4月1日

障害等級 2級

手帳番号 12345号

交付日 令和3年 12月31日

有効期限 令和5年 12月31日

神奈川県 印

12

障 医療証

障 医療証

交付者番号 8 0 1 4 0 0 8 0

受給者番号

住 所

氏 名

生 年 月 日

有 効 期 間

一 部 負 担 金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

上記の住所、障害者手帳等の記載事項が変更された場合は、速やかに本医療証の更新申請を提出してください。

神奈川県
茅ヶ崎市長

交付年月日

13

自立支援医療受給者証 (精神通院)

自立支援医療受給者証 (精神通院)

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていること、かつ、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けていることにより、医療費の一部を茅ヶ崎市が助成するものであることを証明する。

交付者番号 2 1 1 4 6 0 1 4

受給者番号

氏 名

住 所

生 年 月 日

有 効 期 間

一 部 負 担 金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

上記の住所、障害者手帳等の記載事項が変更された場合は、速やかに本医療証の更新申請を提出してください。

茅ヶ崎市長

交付年月日

14

自立支援医療受給者証 (更生医療)

自立支援医療受給者証 (更生医療)

交付者番号

受給者番号

氏 名

住 所

生 年 月 日

有 効 期 間

一 部 負 担 金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

上記の住所、障害者手帳等の記載事項が変更された場合は、速やかに本医療証の更新申請を提出してください。

茅ヶ崎市長

交付年月日

15

障害福祉サービス受給者証・通所受給者証・地域生活支援受給者証

桃色

障害福祉サービス受給者証

交付者番号

受給者番号

氏 名

住 所

生 年 月 日

有 効 期 間

一 部 負 担 金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

上記の住所、障害者手帳等の記載事項が変更された場合は、速やかに本医療証の更新申請を提出してください。

茅ヶ崎市長

交付年月日

黄色

通所受給者証

交付者番号

受給者番号

氏 名

住 所

生 年 月 日

有 効 期 間

一 部 負 担 金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

上記の住所、障害者手帳等の記載事項が変更された場合は、速やかに本医療証の更新申請を提出してください。

茅ヶ崎市長

交付年月日

黄緑色

地域生活支援事業受給者証

交付者番号

受給者番号

氏 名

住 所

生 年 月 日

有 効 期 間

一 部 負 担 金

※一部負担金を徴収しない場合、0円と記載しています。

上記の住所、障害者手帳等の記載事項が変更された場合は、速やかに本医療証の更新申請を提出してください。

茅ヶ崎市長

交付年月日