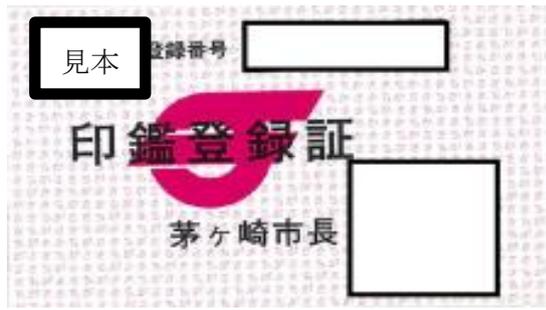


①

印鑑登録証



②

資格確認書

神奈川県 国民健康保険 資格確認書	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 ○	
適用開始年月日 平成○○年○○月○○日	
交付年月日 令和__年__月__日	
世帯主氏名 ○○ ○○	
住所 ○○○○○○○○ ○○○○○○○	
保険者番号 14008 交付者名 茅ヶ崎市	公印

③

後期高齢者医療資格確認書

後期高齢者医療資格確認書	
有効期限 令和 ○年 ○月 ○日 交付年月日 令和 ○年 ○月 ○日	
被保険者番号	○○○○○○○○
住所	茅ヶ崎市○○×番地
氏名	○○ ○○
性別	
生年月日	昭和○○年○○月○○日
資格取得年月日	令和○○年○○月○○日
負担割合 発効期日	
限度区分 発効期日	
長期入院該当日	
特定疾病区分 発効期日	
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	39142070 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

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	
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	142075 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	
利用者の割合	適用期間
割合	開始年月日 終了年月日
割合	開始年月日 終了年月日
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	142075 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

介護保険負担額認定証

介護保険負担額認定証	
交付年月日	
被保険者番号	
住所	
フリガナ	
氏名	
生年月日	
適用年月日	
有効期限	
食費の負担限度額	
居住費又は 滞在費の 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
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	142075 茅ヶ崎市 神奈川県茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目1番1号

⑦

乳 福祉医療証

小児医療証	
負担者番号	
受給者番号	
住所	
氏名	
生年月日	
有効期間	
一部負担金	
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負担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 福祉医療証

親 福祉医療証

住所

氏名

有効期間

一部負担金

交付年月日

神奈川県 茅ヶ崎市 市長

⑨ 身体障害者手帳

身体障害者手帳

神奈川県 第 号

交付年月日 平成 年 月 日

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 神奈川県横浜市もみらい町1234

住所 県庁マンション1234 郵便 番号

申請者氏名 神奈川 花子

住所 神奈川県横浜市もみらい町1234 郵便 番号

身体障害者等級による級別 3級

神奈川県 印

⑩ 療育手帳

療育手帳

神奈川県 第 号

交付年月日 平成 年 月 日

療育の級別 障害者支援株式会社 障害者支援課

氏名 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

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 神奈川県横浜市もみらい町1234

住所 県庁マンション1234 郵便 番号

申請者氏名 神奈川 花子

住所 神奈川県横浜市もみらい町1234 郵便 番号

療育の級別 入11 障害者支援株式会社 障害者支援課

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)

有効期間 (更新)

障害等級 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 神奈川県横浜市もみらい町1234

住所 県庁マンション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

負担者番号 8 0 1 4 0 0 8 0

受給者番号

対住所

氏名

生年月日

有効期間

一部負担金

神奈川県 茅ヶ崎市 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)

受給者番号 2 1 1 4 6 0 1 4

氏名

性別

生年月日

交付年月日

神奈川県 印

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)

受給者番号

氏名

性別

生年月日

交付年月日

神奈川県 印

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

受給者証番号

氏名

性別

生年月日

交付年月日

神奈川県 印

黄色

通所受給者証

受給者証番号

氏名

性別

生年月日

交付年月日

神奈川県 印

黄緑色

地域生活支援受給者証

受給者証番号

氏名

性別

生年月日

交付年月日

神奈川県 印