

【2】住所証明書類 - ⑦障害者医療費受給者証

意味:身体障害者手帳とは、身体障害者が健常者と同等の生活を送るために最低限必要な援助を受けるための、証明書である。

氏名、住所、有効期限（失効まで三ヶ月以上）、印鑑の部分が鮮明な身体障害証のコピーをご提出ください。

※鮮明とは、下記画像のように、写真や文字が、ぼけることなく、はっきりと見えること。

※ご住所など上記情報が手書き、またはテプラなど発行後に加工されている場合は不可となります。

※はがき形状の場合は、展開して全体を撮影してください。

〇〇県内のみ有効		
 障害者医療費受給者証		
受給者番号	123456XX	
受給者	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇XX番XX号
	氏名	山田 太郎
	生年月日	平成 20XX 年 12 月 12 日
有効期間	平成 〇〇 XX 年 12 月 12 日から 平成 〇〇 XX 年 12 月 12 日まで	
発行機関名及び印	〇〇県〇〇市 〇〇XX長 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;">印</div>	
交付年月日	平成 〇〇 XX 年 12 月 12 日	
<small>この証は、被保険者証（又は組合員証）に添えて医療機関の窓口へ提出してください。</small>		