様式第３号（第４条関係）

年　　　月　　　日

　都城市長　宛て

申請者（本人　・　代理人）

住所　　都城市

氏名

生年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日

電話番号

　　　対象者 （障がい者）

住所

氏名

生年月日　　　　　　　　　　　年　　月　　日

電話番号

（２号対象者用）都城市健康増進施設利用助成券交付申請兼受領書

　都城市健康増進施設利用助成事業実施要綱第４条の規定により、都城市健康増進施設利用助成券の交付を申請し、受領します。

身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宮崎県（　　　）第　　　　　号 | 年　　月　　日　交付 | 級 |
|

身体障害者手帳・療育手帳・精神保健福祉手帳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 宮崎県（　　　）第　　　　　号 | 年　　月　　日　交付 | 級 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付番号 | 発行窓口 | 申請者本人確認 |
|  | 障がい福祉課 | 手・マイ・免 |