様式第４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

　　氏 名

　　　　　　 　　年　　月　　日 生（　　 歳）

　　電話番号　　　　　－

対象者（主たる介護者）

　　住 所

　　氏 名

年　　月　　日 生（　　 歳）

　　　電話番号　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　被介護者（障がい者）

住 所 　都城市

氏 名

年　　月　　日 生（　　 歳）

電話番号　　　　　－

（３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 |