



重度心身障害者医療費助成金受給者証

公費負担者番号

8 5 2 2 0 0 1 0

受給者番号

障
害
者

住 所

氏 名

生年月日

有効期間

摘 要

給付制限 あり・なし

発行機関名
及 び 印

静岡市長



交付年月日