

市役所 処理欄	特別障害者手当所得制限	制限内・制限以上 ()	交付年月日	年 月 日
	事由	公費適用・転入・その他()	交付者印	
			決裁印	
	適用期限	年 月 日から	精神障害者 通院医療費 公費負担 有効期間	年 月 日から
年 月 日まで		備考	年 月 日まで	

事務 処理欄	番号確認	扶養義務者	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票 または 記載事項証明 <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 住基検索	該当者	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票 または 記載事項証明 <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 住基検索	代理確認	<input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸 <input type="checkbox"/> 住 <input type="checkbox"/> 成後 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人一号書類 <input type="checkbox"/> 本人二号書類()	受付者
	身元確認	申請者	一号書類(1点で可) <input type="checkbox"/> 個か <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 在か <input type="checkbox"/> 住基か <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> その他()	二号書類(2点以上) <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他()	(左記との組合せで可とする) <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他()	聞き取り確認事項		
		代理人	一号書類(1点で可) <input type="checkbox"/> 個か <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 在か <input type="checkbox"/> 住基か <input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> その他()	二号書類(2点以上) <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他()	(左記との組合せで可とする) <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他()	聞き取り確認事項		