

身体障害者手帳の写し

保護者の欄		本人の欄			障害名	障害名	氏名	身体障害者 等級表に よる等級	新 潟 県
氏 名		本籍地	現 在 所	転 入 年 月 日	福祉事務所長 又は町村長認印				
続 柄									
現住所									
保護者となった年月日	年 月 日								
福祉事務所長又 は町村長確認印									
再交付年月日									

新 潟 県



特定医療費受給者証等の写し

特定医療費（指定難病）受給者証									
公費負担者番号		特定医療費受給者番号		性別		生年月日			
受給者	フリガナ		氏名						
	住所								
	保険者 (国民健康保険組合等を含む)		適用区分						
	被保険者証の記号及び番号(被保険者番号)								
病名 (公費負担となる指定難病)									
保護者 (受給者が18歳未満の場合のみ記載)	フリガナ		氏名		続柄				
	住所								
指定医療機関名									
負担	自己負担上限額		月額		適用区分				
	A1(特例医療費)		高額かつ長期		特例医療		重症患者		
	受給者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者								
有効期間									
上記の通り認定する。新潟県知事									

特 定 疾 患 医 療 受 給 者 証									
公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									
受給者	氏名								
	生年月日		性別						
	住所								
病名									
受診医療機関		【記載省略】 新潟県と契約している医療機関等であればどこでも利用できます。 なお、契約の有無については本受給者証の裏面に記載されている保健所もしくは県健康対策課へお問い合わせください。							
保険者									
被保険者証の記号・番号		適用区分							
月額自己負担限度額		外 来		入 院					
有効期間									
交付年月日									
発行者及び印		新潟県知事							

特 定 疾 患 医 療 受 給 者 証 (特定疾患重症患者用)									
公費負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									
受給者	氏名								
	生年月日		性別						
	住所								
病名									
受診医療機関		【記載省略】 新潟県と契約している医療機関等であればどこでも利用できます。 なお、契約の有無については本受給者証の裏面に記載されている保健所もしくは県健康対策課へお問い合わせください。							
保険者									
被保険者証の記号・番号		適用区分							
月額自己負担限度額		外 来		入 院					
有効期間									
交付年月日									
発行者及び印		新潟県知事							

療育手帳の写し

注 意 事 項		保 護 者 の 記 録		療育・相談の記録（医療・措置・教育等）		療 育 手 帳																																																										
1 この手帳は、なくさないように大切に保管してください。 2 相談所や病院、社会福祉事務所などへ相談や治療などに行かれるときは必ずおもちになり、その記録をしてもらってください。 3 手帳の中に書かれている氏名又は住所に変更があったときは、すぐに社会福祉事務所又は町村役場に届けてください。 4 保護者記録欄には、本人の健康や生活面での気付きになった点を書きとめておいてください。 5 この手帳に判定欄の「A」「B」の記号は障害の程度を示すもので、「A」は重度、「B」はそれ以外を意味します。 6 電車、バス、飛行機などの交通機関を割引運賃で使うときには、切符を買うときにこの手帳を提示するとともに、乗車中にも必ずこの手帳をおもちください。 7 手帳が使えなくなる場合がありますので、判定の記録欄に掲載された「次回判定年月」までに、児童相談所又は知的障害者更生相談所の判定を受けてください。				<table border="1"> <thead> <tr> <th>年月日</th> <th>事 項</th> <th>取 扱 機 関</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			年月日	事 項	取 扱 機 関																												写真（縦4cm 横3cmで脱帽 して上半身を 写したもの） 新 潟 県																											
年月日	事 項	取 扱 機 関																																																														
新潟市 第9号 平成19年11月01日交付 <table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>障害 花子</td> <td>性別</td> <td>(女性)</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="3">平成01年04月01日生</td> </tr> <tr> <td>保護者氏名</td> <td>障害 太郎</td> <td>続柄</td> <td>(父)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="3">新潟市 中央区新光町</td> </tr> <tr> <td colspan="4">旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第一種、第二種知的障害者</td> </tr> <tr> <td colspan="4">航空割引</td> </tr> </table>		氏名	障害 花子	性別	(女性)	生年月日	平成01年04月01日生			保護者氏名	障害 太郎	続柄	(父)	住所	新潟市 中央区新光町			旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第一種、第二種知的障害者				航空割引				判定の記録 <table border="1"> <tr> <td>障害の程度 (総合判定)</td> <td>判定日 平成19年10月10日</td> <td>判定日 平成21年10月</td> <td>判定日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>次回判定 判定機関</td> <td>合併障害</td> <td>判定機関</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		障害の程度 (総合判定)	判定日 平成19年10月10日	判定日 平成21年10月	判定日 年 月 日	B	次回判定 判定機関	合併障害	判定機関																													予 備 欄
氏名	障害 花子	性別	(女性)																																																													
生年月日	平成01年04月01日生																																																															
保護者氏名	障害 太郎	続柄	(父)																																																													
住所	新潟市 中央区新光町																																																															
旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第一種、第二種知的障害者																																																																
航空割引																																																																
障害の程度 (総合判定)	判定日 平成19年10月10日	判定日 平成21年10月	判定日 年 月 日																																																													
B	次回判定 判定機関	合併障害	判定機関																																																													
予 備 欄		予 備 欄																																																														

精神障害者保健福祉手帳の写し

記載事項変更欄	予備欄	交付日	年	月	日	障害等級	写真	障害者手帳 新潟県
		有効期限	年 <td>月<td>日</td><td>級</td><td>3 cm × 4 cm (脱帽して上半身 を写したもの)</td></td>	月 <td>日</td> <td>級</td> <td>3 cm × 4 cm (脱帽して上半身 を写したもの)</td>	日	級	3 cm × 4 cm (脱帽して上半身 を写したもの)	
		(更新)				性別		
		(更新)				男・女		
		(更新)				氏 名		
						住 所	新潟市	
						生年月日	年 月 日	
						手帳番号	号	

新潟県

〔精神保健及び精神障害者福祉に関
する法律第45条の保健福祉手帳〕

母子健康手帳の写し



母子健康手帳

年 月 日 交付

保護者の氏名

ふりがな

子の氏名 (第 子)

生年月日 年 月 日 性別

No.