【参　考】　身体障害者手帳

身 体 障 害 者 手 帳

顔 写 真

金 沢 市　第 ○ ○ ○ ○ ○ 号
年　　月　　日交付

氏　名：□□　□□
○○年○○月○○日生

金 沢 市　市金印澤

身体障害者等級表による級別	○ 級	旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額	○種

（備考）

障害名

△△△△△△障害（○級）

【障害名】が記載されている、ページのコピーがよく抜けています。
折りたたまれている**『3枚目に記載』**されていますので、忘れずにコピーをお願いいたします。

※ 石川県発行の障害者手帳でも、同じ項目が必要です。

介護保険被保険者証

要介護状態区分等	要介護 5					
認定年月日	□□年○○月△△日					
認定の有効期間	○○年△△月□□日～△△年□□月○○日					
居宅サービス等	区分支給限度基準額					
うち種類支給限度基準額	サービスの種類	種類支給限度基準額				
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定						

介護保険被保険者証

被保険者	番号				
	住所	〒　－ 石川県金沢市 ○○町△△番□□号			
	フリガナ	△△　△△			
	氏名	□□　□□			
	生年月日	○○年△△月□□日	性別		
交付年月日	△△年□□月○○日				
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1 7 2 0 1 5	金沢市	市金印澤		