

記入例

(種別) 1. 障がい者（一般・65障がい） 2. 一人親家庭等 ③ 子ども 4. その他（ ）	(申請理由) 番号に○印をつけてください。 ○資格取得 ① 出生 2. 転入 3. 年齢到達 4. 手帳等取得 5. 父母の離婚・死亡 6. その他（ ） ○届出事項変更 1. 氏名 2. 住所 3. 保険証 4. 保護者等 5. 振込先 6. その他（ ） ○資格喪失 1. 死亡 2. 転出 3. その他（ ）
--	---

○届出事由発生年月日 令和××年××月××日
○認定を受ける期間（受給資格証の有効期間） から まで
(届 出) (変 更 前)

助成対象者	受給者番号																						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	1										
	フリガナ	シマ タロウ																					
	氏名	志摩 太郎																					
	性別	男		女		生年月日				平成13年 7月 1日													
	住所	志摩市阿児町鶴方3098-22																					

配偶者等	<配偶者>						<扶養義務者>						
	個人番号	0 0 3 3 4 4 5 5 9 1 7 7											
	氏名	志摩 一郎											
住所	志摩市阿児町鶴方3098-22												

保険証の内容	被保険者	個人番号												
		氏名												
		住所	※提出の際、保険証のコピーを いただくため、記入の必要は ありません。											
	加入日													
	記号番号													
	発行機関	名称												
所在地														

振込口座	金融機関	○ ○ 銀行		△ △ 支店		銀行		支店				
		農協		支所		農協		支所				
		信漁連				信漁連						
	預金種別	① 普通（総合） 2. 当座				1. 普通（総合） 2. 当座						
口座番号	1234567											
口座名義人 カナ氏名	シマ タロウ											

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。
なお、医療費助成に関して診療報酬明細書（レセプト）及び所得状況等の必要事項を調査することを承諾します。

(宛先) 志摩市長
令和××年××月××日

(助成を受ける方又は保護者等)
住所 志摩市阿児町鶴方3098-22

氏名 志摩 太郎 (印)
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1
TEL 0599-44-0213