

**記入例**

(種別)	(申請理由) 番号に○印をつけてください。
① 障がい者（一般・65障がい）	○資格取得
2. 一人親家庭等	1. 出生 2. 転入 3. 年齢到達
3. 子ども	④ 手帳等取得 5. 父母の離婚・死亡
4. その他（ ）	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