

福祉医療費受給資格認定(更新)申請書・変更届・喪失届

(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()
---	--

○認定を受ける期間(受給資格証の有効期間)

年 月 日 から 年 月 日 まで
(届 出) (変 更 前)

助成対象者	受給者番号										
	個人番号										
	フリガナ名										
	性別	男・女	生年月日	年 月 日							
	住所										

		<保護者・配偶者>								<扶養義務者>							
保 護 者 等	個 人 番 号																
	氏 名																
	住 所																

保 険 証 の 内 容	被 保 険 者	個 人 番 号		
		氏 名		
		住 所		
	加 入 日	年	月	日
	記 号 番 号			
	発 行 機 関	名 称	保険者番号()	保険者番号()
所 在 地				

振込口座	金融機関	銀行 農協 信漁連	支店 支所	銀行 農協 信漁連	支店 支所
	預金種別	1 普通(総合)	2 当座	1 普通(総合)	2 当座
	口座番号				
	口座名義人 力十氏名				

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。

年
(助成を受ける方又は保護者等)
住 所

氏 名
個人番号

[illegible]