

様式第1号(様式第10号、様式第11号併用)(第4条、第11条関係)

福祉医療費受給資格認定(更新)申請書・変更届・喪失届

(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	1 出生	2 転入	3 年齢到達		
2 一人親家庭等		4 手帳等取得	5 父母の離婚・死亡			
3 子ども		6 その他()				
4 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 年 月 日

○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	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	志摩市阿児町鵜方 3098-22													

〈保護者、配偶者〉 〈扶養義務者〉

保護者等	個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 1 1											
	氏名	志摩 一郎						志摩 花子					
	住所	志摩市阿児町鵜方 3098-22						志摩市阿児町鵜方 3098-22					

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	普通(総合)	2 当座	1 普通(総合)	2 当座	
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7				
	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。

上記のとおり、當初は医療費支給額の認定を受けた、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。 令和××年 ××月 ××日

(宛先)志摩市長

(助成を受ける方又は保護者等)

住 所 志摩市阿兒

氏名 志摩 太郎
個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1