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） ②.一人親家庭等 3.子ども 4.その他（　　）	○ 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				
	フリガナ				
	氏名				
	性別	男　・　女	生年月日		
	住所				

		＜配偶者＞	＜扶養義務者＞
配偶者等	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					
	記号番号					
	発行機関	名称				
		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 カナ氏名				

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。

（宛先）志摩市長　　（助成を受ける方又は保護者等）

令和　年　月　日　　住所

氏名　　印

個人番号

TEL