様式第１号（第４条・第11条関係）（※様式第10号・様式第11号併用）

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心障） ２　一人親家庭等 ３　子ども ４　その他１（　　） ５　その他２（　　）	○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　　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	フリガナ			
	氏　　名			
	個人番号			
	性　　別	男　・　女	生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日
	住　　所	鳥羽市		

保護者等	氏　　名		
	個人番号		
	住　　所		

保険証の内容	被保険者	氏名		
		個人番号		
		住所		
	加入日		年　月　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	銀行 信用金庫 農協	支店 支所	銀行 信用金庫 農協	支店 支所
	１．普通（総合）　２．当座		１．普通（総合）　２．当座	
	口座番号		口座番号	
	口座名義人 カナ氏名		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（受給資格の認定（更新）、助成額の決定）に際して、地方税関係情報（所得状況等）又は診療報酬明細書（レセプト）等の必要事項を調査されることを同意します。

年　　月　　日

鳥羽市長　　様

申請者（助成を受ける方又は保護者等）

住　　所

氏　　名

電話番号

	住　　所	氏　　名	個人番号
同意者（配偶者及び扶養義務者）		㊞	
		㊞	