

記入例

(種別) 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（ ）	(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（ ）
--	---

○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	トバ タロウ			
	氏 名	鳥羽 太郎			
	個人番号				
	性 別	男・女	生年月日	T・S	H
	住 所	鳥羽市 ○○町○○番○号			

保護者等	氏 名	鳥羽 一男	
	個人番号		
	住 所	鳥羽市 ○○町○○番○号	

保険証の内容	被保険者	氏名		
		個人番号		
		住所		
	加入日	年 月 日		
		記号番号		
		発行機関	名称	保険者番号（ ）
所在地				

振込口座	銀行 信用金庫 農 協	支店 支所	
	1. 普通（総合）	2. 当座	1. 普
	口座番号		口座
	口座名義人 カナ氏名		口座名 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。

提出日 → ○○ 年 ○ 月 ○ 日

鳥羽市長 様 申請者（助成を受ける方又は
住 所 鳥羽市○○町○○
氏 名 鳥羽 一男
電話番号 0599（○○）○○○

同意者 （配偶者及び 扶養義務者）	住 所	氏 名	個人番号
	鳥羽市○○町○○番○号	鳥羽 花子 ⑩	
		⑩	