

様式第1号(第4条・第12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) 1 心身障害者(一般・65心障) 2 一人親家庭等 3 乳幼児 4 68・69歳老人	(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	カナガナ氏名	-----		
	性別	男 女	生年月日	年 月 日
	住所	-----		

保護者等	氏名	-----
	住所	-----

保険証の内容	被保険者	氏名	-----
		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( )
	所在地	-----	

振込口座	銀行	銀行
	信用金庫	信用金庫
	農協	農協
	支店	支店
	支所	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	口座名義人
	カナ氏名	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。医療費助成に関する所得状況などの必要事項の調査をすることを承諾します。

年 月 日

助成を受ける方又は保護者等

鳥羽市長 様

住 所

氏 名

印