

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)

認定・変更・喪失の別を で囲む

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 必要事項に 及びチェックを記入	(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()
---	---

届出事由発生日 H14 年 2 月 30 日

認定を受ける期間(受給資格証の有効期間)

変更前の事項を記入

年 月 日 から 年 月 日 まで
 (届 出) (変 更 前)

助成対象者	氏名	トバ タロウ		
	性別	男 女	生年月日	H14 年 2 月 30
	住所	鳥羽市鳥羽三丁目 1-1		

保護者等	氏名	鳥羽 太郎		
	住所	鳥羽市鳥羽三丁目 1-1		

保険証の内容	被保険者	氏名	鳥羽 太郎		
		住所	鳥羽市鳥羽三丁目 1-1		
	加入日	H14 年 2 月 30 日			年 月 日
	記号番号	鳥 しやく 123			
	発行機関	名称	保険者番号(5207)		保険者番号()
	所在地	伊勢市宮後3丁目5番33号			

振込口座	銀行	鳥羽	信用金庫	鳥羽	支店	銀行	信用金庫	支店	
			農協		支所		農協	支所	
		1.普通(総合)		2.当座		1.普通(総合)		2.当座	
		口座番号	1234567			口座番号			
	口座名義人	カナ氏名			口座名義人	カナ氏名			
		トバ タロウ				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 鳥羽市鳥羽三丁目 1-1

氏名 鳥羽 太郎 印