

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○印をつけて下さい。
1 障がい者（一般・65心障）	○資格取得 1.出生 2.転入 3.年齢到達
2 一人親家庭等	4.手帳取得 5.父母の離婚・死亡
3 子ども	6.その他（ ）
4 その他（寡婦）	○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	ミハマ サチコ		
	氏名	御浜 幸子		
	性別	男 女	生年月日	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
	住所	御浜町大字 ○○○○		
個人番号				

保護者等	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 助成対象者に同じ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	個人番号			

子ども医療、一人親家庭等費助成の場合は、保護者等も記入してください。

保険証の内容	<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり			
	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	保険証番号（ ）	保険証番号（ ）
所在地				

各コピーを付けていただくか、太枠内を記入してください。

振込口座	<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり			
	銀行	支店	銀行	支店
	信用金庫	支所	信用金庫	支所
	農協		農協	
	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（更新）を受けたく申請します。
 なお、受給資格の認定及び更新に際して所得状況等の必要事項等を調査されること、並びに医療費助成に関して診療報酬明細書（レセプト）を調査されることを承諾します。

令和○○年○○月○○日 (助成を受ける方又は保護者等)

御浜町長 様 住所 御浜町大字○○○○
 氏名 御浜 太郎
 連絡先 電話 ○○○○○