様式第１号（第４条、第７条、第１３条関係）

福祉医療費受給資格認定（更新）申請書・変更届・喪失届

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 異動年月日 | 年　　月　　日 |

１　心身障害者

２　一人親家庭等

３　子ども

４　６５歳以上心身障害者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 異動事由 | 取得 | □出生　　□転入　　□年齢到達　　□手帳等取得　　□離婚　　□死別　　□その他 |
| 変更 | □氏名変更　　　　　□住所変更　　　□加入医療保険の変更　　　□振込口座変更□保護者等変更　　　□その他 |
| 喪失 | □死亡　　□転出　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 助成対象者 | （フリガナ）　氏　　名 | 取得・変更後・喪失 | 変更前 |
|  |  |
|  |  |
| 住　所 | 亀山市  | 亀山市 |
| 性　別 | 男・女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　年 　　月 　　日 |
| 保護者等氏名 |  |  |
| 保護者等住所 |  |  |
| 対象者からみた続柄 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証の内容 | 被保険者 | 氏　名 |  | 対象者からみた続柄 |  |
| 住　所 |  |
| 加入日 | 　　昭和・平成・令和　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 記　号 |  | 番　号 |  |
| 発行機関 | 保険者番号（右　詰） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　社会保険事務所・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・広域連合 |
| 所在地 | 　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 口座種別１　普通　（総合）２　当座３その他 | （フリガナ）口座名義人 |  |
|  |
| 　　　　　　　銀行　　　　　　　支店　　　　信用・労働金庫　　　　　支所　　　　　　　農協　　　　　　出張所 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

　上記のとおり、申請（届出）します。

　福祉医療費の受給資格の認定若しくは更新又は変更について、必要のあるときは、市職員が所得状況、診療報酬明細書（レセプト）等の調査をすることを承諾します。

令和　　　　年　　月　　日

亀山市長　様

　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　 受付

受給資格者又

は保護者等　　氏名

|  |
| --- |
| 県　単・市　単 |

　　　　　　　　連絡先　（　　　）　　　　－