

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

- 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

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

| | | |
|------|----|---|
| 異動事由 | 取得 | <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 年齢到達 <input type="checkbox"/> 手帳等取得 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 変更 | <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更 <input type="checkbox"/> 振込口座変更 <input type="checkbox"/> 保護者等変更 <input type="checkbox"/> その他 |
| | 喪失 | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 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 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 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 | 銀行 | 支店 | 口座種別 1 普通 (総合) 2 当座 3 その他 | (フリガナ) | |
| | 信用・労働金庫 | 支所 | | 口座名義人 | |
| | 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。

平成 年 月 日

亀山市長 様

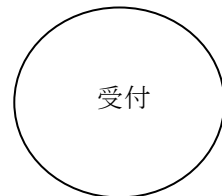
住所 _____

受給資格者又

は保護者等

氏名 _____ (印)

連絡先 () -



県 単 ・ 市 単