

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	☐ 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	
	喪失	☐ 保護者等変更		☐ その他				
		☐ 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							

加入医療保険	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	(フリガナ)	
	銀行 支店 信用・労働金庫 支所 農協 出張所								1 普通 (総合)	口座名義人	
									2 当座 3 その他	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 _____

受給資格者又は保護者等 氏名 _____

連絡先 () _____

受付

県 単・市 単