

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（該当する理由に○をつけてください）	
1 障がい者（一般・65）	取得	出生 転入 離婚 死別 手帳取得 その他（ ）
2 一人親家庭等	変更	氏名 住所 保険証 振込先 保護者 その他（ ）
3 子ども	喪失	死亡 転出 種別変更 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

対象者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日		
			性別	男 ・ 女		
	住所	尾鷲市	個人番号			
保護者	氏名		生年月日	年 月 日		
			性別	男 ・ 女		
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号			
対象者（児童）	氏名		生年月日	年 月 日		
			性別	男 ・ 女		
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号			
	氏名		生年月日	年 月 日		
			性別	男 ・ 女		
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号			
保険証の内容	<input type="checkbox"/> 添付の健康保険証の写しのとおり <u>（受給者の健康保険証のコピーを添付して下さい。）</u>					
	被保険者		対象者から みた続柄			
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ				
振込口座	銀行 金庫 協同組合	本店 支店 出張所	預金 種別	普通 当座	口座番号	口座名義人（カナ）
	ゆうちょ 銀行	通帳番号		の		1

上記のとおり申請し（届出）ます。

なお、医療費助成に関して診療報酬明細書（レセプト）及び所得状況等の必要事項を調査されることに同意します。

尾鷲市長 様 年 月 日

助成を受ける方 住所 助成対象者と同じ
保護者と同じ
 または
 保護者等 氏名 _____ 電話 _____