

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

受給者	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日										
	住 所												

助成対象者（児童）	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日										
	住 所	☐ 受給者と同じ											
	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日										
	住 所	☐ 受給者と同じ											
	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日										
	住 所	☐ 受給者と同じ											
	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日										
	住 所	☐ 受給者と同じ											

医療保険	☐ 個人番号による資格確認に同意する 【 健保（協会けんぽ） ・ 健康保険組合 ・ 市区町村（国保） ・ 建設国保 共済組合（ ） ・ 後期高齢 】 ☐ 資格確認書（写し）を添付する ☐ その他 （ 別紙に記入 ）												
	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											

上記及び裏面の内容により申請し（届出）ます。

なお、福祉医療費事務手続き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。

年 月 日

尾鷲市長 様 住 所 ☐ 受給者と同じ

申請者（保護者等） 氏 名 電話

※ 受給資格を死亡により喪失した場合には、裏面の事項についてもご記入ください。

助成対象者（児童）	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日	年 月 日									
	住 所	☐ 受給者と同じ											
	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日	年 月 日									
	住 所	☐ 受給者と同じ											
助成対象者（児童）	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日	年 月 日									
	住 所	☐ 受給者と同じ											
	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日	年 月 日									
	住 所	☐ 受給者と同じ											

配偶者・扶養義務者	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日	年 月 日									
	住 所	☐ 受給者と同じ											
	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日	年 月 日									
	住 所	☐ 受給者と同じ											
配偶者・扶養義務者	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日	年 月 日									
	住 所	☐ 受給者と同じ											
	フリ ガナ 氏 名	(男・女)	個人番号										
			生年月日	年 月 日									
	住 所	☐ 受給者と同じ											

承諾書													
私は、死亡した受給者の相続人の代表者として、当該受給者に係る福祉医療費に関する申請、請求及び受領の一切の権限を行使するものですので、次の事項を遵守することをここに承諾いたします。													
1 他の全ての相続人には、私が責任を持って異議等がないように対処し、尾鷲市には一切迷惑をかけないこと。													
(あて先) 尾鷲市長 様													
年 月 日													
届出人 氏 名 _____ 死亡した受給者との続柄 _____													