

福祉医療費（障害者・一人親家庭等・子ども・65重度）受給資格認定等申請書

申請理由	取得	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 障害者手帳交付 <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> その他（ ）			届出事由発生日		
	変更	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 振込口座 <input type="checkbox"/> その他（ ）			再交付	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損	
	喪失	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
対象者	か				生年月日		
	氏名						
	住所						
保護者・扶養義務者	【新規取得・保護者または扶養義務者変更の場合のみ記入】						
	か				生年月日	個人番号 <small>市外在住者のみ</small>	
	氏名						
	か				生年月日	個人番号 <small>市外在住者のみ</small>	
	氏名						
<input type="checkbox"/> 保護者・扶養義務者のいずれかまたは双方が、今年または昨年に桑名市に転入している、または桑名市外に住んでいる ⇒ 該当する場合、別途同意書の提出が必要							
振込口座	【新規取得・振込口座変更の場合のみ記入】						
		銀 信 用 金 農	行 庫 協	本店 支店 出張所	種別	口座番号	口座名義□(カナ)
					普通		
	金融機関コード4桁：	支店コード3桁：		当座			
<input type="checkbox"/> （子ども医療費の場合のみ）他のきょうだいと同じ口座を登録							

下記事項に同意の上、申請・届出をします。

- ・届出内容に相違はありません。
- ・受給資格の認定や助成を行うにあたり、医療機関から提供される診療報酬明細書等や所得状況等の必要事項を調査されることを承諾します。
- ・登録する償還払い用の振込口座は対象者が了承（子ども医療費の場合は、保護者・家族間で了承）したものです。

（あて先）桑名市長

令和	年	月	日
申請者	住所	□ 対象者と同じ 対象者との続柄	
	氏名	( )	
	電話番号		

【 新規取得・保険証の変更の場合は、必ず健康保険証の写しを添付してください 】

受付処理欄	受付印
受付時不足書類（有・無） ⇒ 有の場合、該当するものにチェック 保険証の写し <input type="checkbox"/> 提出依頼（済・未） 口座情報 <input type="checkbox"/> 提出依頼（済・未） 同意書 <input type="checkbox"/> 提出依頼（済・未）	受付者： 受給者番号： 資格開始日： 証の交付（窓口・郵送） 郵送日： 年 月 日