

様式第1号(第4条、第7条、第13条関係)

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(更新)申請書 □再交付申請書 □変更届 □喪失届

Table with 2 columns: 申請理由 (取得, 再交付, 変更, 喪失) and 届出事由発生日 (年 月 日). Includes checkboxes for various reasons like birth, transfer, divorce, etc.

Table for 対象者 (Target Person) information including 姓名 (Name), 性別 (Gender), 生年月日 (Date of Birth), 住所 (Address), 個人番号 (Personal Number), 保護者 (Guardian), and 配偶者・扶養義務者 (Spouse/Dependent).

Table for 加入医療保険 (Medical Insurance) information, split into 申請・届出内容(変更後) (Application/Reporting Content (After Change)) and 変更前 (Before Change). Includes 被保険者組合員 (Insured Member), 発行機関(保険者) (Issuing Agency/Insurer), 記号 (Code), and 番号 (Number).

Table for 振込口座 (Direct Deposit Account) information including 振込口座 (Direct Deposit Account), 種別 (Type), 口座番号(左づめ) (Account Number (Left)), and 名称 (Name).

上記のとおり申請・届出をします。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を承諾します。

年 月 日 申請者 住所 桑名市

(宛先) 桑名市長

氏名

(対象者からみた続柄)

※振込口座名義人が対象者(子ども医療費の場合は加入医療保険の被保険者)と異なる場合は、窓口のみえた方の住所・氏名をご記入ください(一人親家庭等医療費の子どもを除く)。

上記申請・届出内容につきまして、私が一切の責任を負うことを承知しています。

住所

□申請者と同じ氏名

(対象者からみた続柄)

Table for 受給者情報 (Beneficiary Information) including 所得区分 (Income Category), 区市区分 (City/District), 障害等級 (Disability Grade), 一人親家庭等 (Single-parent family, etc.), 子ども (Children), and 資格取得日 (Date of qualification).

保護者・扶養義務者・□1月1日桑名市住民票の有無確認済

□所得・課税証明書依頼済()