

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

申請理由	取得	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 手帳交付 <input type="checkbox"/> 離婚・死別 <input type="checkbox"/> 所得該当 <input type="checkbox"/> 公費変更 <input type="checkbox"/> 生保廃止 <input type="checkbox"/> その他()	届出事由発生日 令和 年 月 日
	再交付	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他()	
	変更	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 振込口座 <input type="checkbox"/> 保護者等 <input type="checkbox"/> その他()	
	喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 公費変更 <input type="checkbox"/> 手帳返還・非該当 <input type="checkbox"/> 生保受給 <input type="checkbox"/> その他()	

対象者	か 氏名		性別	男・女
	住所	桑名市 TEL () -	生年月日	S・H R 年 月 日
保護者	氏名	(S・H 年 月 日)	個人番号	
配偶者・扶養義務者	氏名	(S・H 年 月 日)	個人番号	

申請・届出内容(変更後)				変更前			
加入医療保険	被保険者 組合員	氏名		生年月日	S・H・R 年 月 日		
		住所		個人番号			
	発行機関 (保険者)	名称	全国健康保険協会()支部 健康保険組合 共済組合()支部 桑名市国民健康保険 三重県後期高齢者医療広域連合	対象者 から み た 続 柄	全国健康保険協会()支部 健康保険組合 共済組合()支部 桑名市国民健康保険 三重県後期高齢者医療広域連合		
	記号		保険者 番号	左め			
	番号						
資格取得(認定)年月日	S・H・R 年 月 日	負担 割合		変更 年月日		年 月 日	

振込口座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種別	口座番号(左づめ)	か 氏 義 人
			普通 当 座 (総合)		

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。

令和 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、窓口にみえた方の住所・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

所得区分	上位(ア・イ)・一般(ウ・エ)・低所得(オ)	受給者番号	受付印	受付者
県市区分	県単・市単	□受給者証発行(認定・再交付・変更) (年 月 日郵送)		
障害等級	身体・療育・精神 級			
一人親家庭等	父・母・子・養育者 <input type="checkbox"/> 児扶手確認 転居日(年 月 日)			
子ども	<input type="checkbox"/> 世帯内多子確認(多子世帯届出書)			
資格取得日	年 月 日から			

保護者・扶養義務者・1月1日桑名市住民票の有無確認済

所得照会用同意書依頼済()