

1 障がい者(一般・65)

2 一人親家庭等

3 子ども

福祉医療費受給資格

認定申請書
変更届出書

受給者NO.

| | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---------------------------------|-----------------|----|--------------------|--------|-------|----------|
| 対象者 | フリガナ氏名 | | | | | 性別 | 男・女 | |
| | 住所 | 鈴鹿市 | | | | 生年月日 | | |
| | | | | | | 個人番号 | | |
| 理由 | 該当する理由に○を付けてください。 | | | | | | | |
| | 取得 | 出生 | 転入 | 離婚 | 死別 | 手帳交付 | 生保廃止 | その他() |
| | 変更 | 氏名 | 住所 | 保険 | 振込先 | その他() | 事由発生日 | 令和 年 月 日 |
| 子ども医療費受給資格の申請の場合は、この項目もご記入してください。 | | | | | | | | |
| 保護者 | 氏名 | | | | 対象者からみた続柄 | 生年月日 | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ | | | | 個人番号 | | |
| | 氏名 | | | | | 生年月日 | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ | | | | 個人番号 | | |
| 振込口座 | 銀行 金庫 協同組合 | | 本店 支店 出張所 | | 口座名義人 (カタカナで記入) | | | |
| | 預金種別 | 普通 当座 貯蓄 | 口座番号 (左づめ) | | | | | |
| 加入医療保険 | <p>【添付の健康保険証の写しのとおり】</p> <ul style="list-style-type: none"> 受給者本人の健康保険証の<u>コピー</u>又は保険加入証明書(コピー可)を添付してください。 申請理由が「出生」の場合は、加入予定の健康保険証(父又は母の健康保険証)の<u>コピー</u>又は保険加入証明書(コピー可)を添付してください。 | | | | | | | |

上記のとおり申請し(届け出)ます。

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

(宛先) 鈴鹿市長

令和 年 月 日

申請者 対象者と同じ

住所 保護者と同じ

氏名

窓口へみえた
方の氏名

電話

番号

対象者から
みた続柄

市受付印

| 市確認欄 | 受付者 | 本人確認 | 交付方法 | 課税区分 | 負担区分 |
|------|-----|-----------------|------|-------|------|
| | | 運転免許証・個人番号カード | 窓口 | 上位() | 現役 |
| | | 在留カード・障害者手帳・保険証 | 郵送 | 一般() | 一般 |
| | | 受給資格者証・その他() | 月 日 | 低所得 | 低 I |

一人親家庭等医療費受給資格の申請の場合は、以下も記入してください。

| | | | | |
|-------------|----|---------------------------------|------|--|
| 受 給 者 | 児童 | | | |
| | 氏名 | | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ | 個人番号 | |
| | 氏名 | | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ | 個人番号 | |
| | 氏名 | | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ | 個人番号 | |
| | 氏名 | | 生年月日 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ | 個人番号 | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 対象者と同じ | 個人番号 | |

障がい者及び一人親家庭等医療費受給資格の申請の場合は、以下も記入してください。

| | | | | | |
|-----------------------|----------------------------------|--|---------------|--|----------|
| 扶 養 義 務 者 | ※表面及び上表に記載された方以外の家族について記入してください。 | | | | |
| | 氏名 | | 対象者から みた続柄 | | 個人 番号 |
| | 氏名 | | 対象者から みた続柄 | | 個人 番号 |
| | 氏名 | | 対象者から みた続柄 | | 個人 番号 |
| | 氏名 | | 対象者から みた続柄 | | 個人 番号 |
| | 氏名 | | 対象者から みた続柄 | | 個人 番号 |

一人親家庭等医療費受給資格の認定において、児童扶養手当担当課に提出した児童扶養手当の申請書等、調査に必要な書類や情報等を福祉医療課が使用することについて

- 同意します 同意しません
 この場合は、別途申請書類等をご提出いただきます。

※同世帯の方で、「身体障害者手帳1から3級」、「療育手帳A, B1(中度)」, または「精神障害者保健福祉手帳1級」をお持ちの方で、障がい者医療費助成制度の申請をされていない方がお見えの場合は、申し出ください。