

- 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

対象者	フリガナ						性別	男 ・ 女	
	氏名						生年月日	年 月 日	
	住所	鈴鹿市					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	年 月 日
子ども医療費受給資格の申請（届出）の場合は、この項目も記入してください。									
保護者	氏名				対象者からみた続柄			生年月日	年 月 日
	住所	□対象者と同じ					個人番号		
配偶者	氏名						生年月日	年 月 日	
	住所	□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	添付の健康保険証の写しのとおり (受給者本人の健康保険証のコピー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等（父又は母の健康保険証） のコピーを添付してください。)								
	被保険者（世帯主・組合員）について記入してください。								
	氏名				対象者からみた続柄			生年月日	年 月 日
住所	□対象者と同じ					個人番号			

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）

年 月 日

申請者 □対象者と同じ

住所 □保護者と同じ

氏名

電話番号

窓口にもえた方の氏名

対象者からみた続柄

記入例

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

対象者	フリガナ	ススカ タロウ					性別	男・女				
	氏名	鈴鹿 太郎					生年月日	R〇〇年1月1日				
	住所	鈴鹿市 神戸一丁目18番18号					個人番号	1234 1234 12*4				
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	年	月	日	
子ども医療費受給資格の申請（届出）の場合は、この項目も記入してください。												
保護者	氏名	鈴鹿 一郎			対象者からみた続柄	父		生年月日	S△△年1月1日			
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ					個人番号	2234 2234 22*4				
配偶者	氏名	鈴鹿 花子			生年月日	H××年2月1日						
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ					個人番号	3234 3234 32*4				
振込口座	銀行	鈴鹿	協同組合	本店	支店	出張所		口座名義人	ススカ イチロウ (カタカナで記入)			
	預金種別	普通	当座	貯蓄	口座番号	(左づめ)	1	2	3	4	5	6
加入医療保険	添付の健康保険証の写しのとおり (受給者本人の健康保険証のコピー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等（父又は母の健康保険証） のコピーを添付してください。)											
	被保険者（世帯主・組合員）について記入してください。											
	氏名	鈴鹿 一郎			対象者からみた続柄	父		生年月日	S△△年1月1日			
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ					個人番号	2234 2234 22*4					

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）

令和〇〇年 1月 8日

申請者 対象者と同じ

住所 保護者と同じ

氏名 鈴鹿 一郎

電話番号 059-382-7627

窓口にみえた方の氏名 鈴鹿 一郎

対象者からみた続柄 父