

- 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 _____ 印 _____ 電話番号 _____

窓口にみえた方の氏名 _____ 対象者からみた続柄 _____

(裏)

一人親家庭等医療費受給資格の申請（届出）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	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	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（届出）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	

記入例（障がい者・住所変更）

- ① 障がい者（一般・65）
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども

認定 申請書
福祉医療費受給資格
変更 届出書

対象者	フリガナ	ススカ イチロウ				性別	男・女	
	氏名	鈴鹿 一郎				生年月日	S△△年1月1日	
	住所	鈴鹿市 神戸一丁目18番18号				個人番号	2234 2234 22*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（ ）
事由	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		本店		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）

平成〇〇年 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** 鈴鹿 印 電話番号 **059-382-7627**
 窓口にもえた方の氏名 **鈴鹿 花子** 対象者からみた続柄 **妻**

(裏)

一人親家庭等医療費受給資格の申請（届出）の場合は、以下も記入してください。

児童					
受給者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象	記入不要です	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	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（届出）の場合は、以下も記入してください。

※ 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。						
扶養義務者	氏名	鈴鹿 花子	対象者からみた続柄	妻	個人番号	3234 3234 32*4
	氏名	鈴鹿 太郎	対象者からみた続柄	子	個人番号	1234 1234 12*4
	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	

記入例（一人親・住所変更）

- 1 障がい者（一般・65）
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども

認定 申請書
福祉医療費受給資格
変更 届出書

対象者	フリガナ	ススカ イチロウ				性別	男・女	
	氏名	鈴鹿 一郎				生年月日	S△△年1月1日	
	住所	鈴鹿市 神戸一丁目18番18号				個人番号	2234 2234 22*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（ ）
由	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		本店		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 <u>コピー</u> 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 <u>コピー</u> 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）

平成〇〇年 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** 鈴鹿 印 電話番号 **059-382-7627**

窓口にもえた方の氏名 **鈴鹿 一郎** 対象者からみた続柄 **本人**

(裏)

一人親家庭等医療費受給資格の申請（届出）の場合は、以下も記入してください。

児童				
受給者	氏名	鈴鹿 太郎	生年月日	H〇〇年1月1日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	1234 1234 12*4
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	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（届出）の場合は、以下も記入してください。

※ 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。						
扶養義務者	氏名	鈴鹿 さつき	対象者からみた続柄	母	個人番号	4234 4234 42*4
	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	

記入例（子ども・住所変更）

- 1 障がい者（一般・65）
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども**

認定 申請書
福祉医療費受給資格
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	H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（ ）
由	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		本店		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 <u>コピー</u> 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 <u>コピー</u> 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）

平成〇〇年 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** 鈴鹿 印 電話番号 **059-382-7627**

窓口にもえた方の氏名 **鈴鹿 一郎** 対象者からみた続柄 **父**

(裏)

一人親家庭等医療費受給資格の申請（届出）の場合は、以下も記入してください。

児童					
受給者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象	記入不要です	個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	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（届出）の場合は、以下も記入してください。

※ 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。					
扶養義務者	氏名	記入不要です	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	