

福祉医療費受給資格認定(更新)申請書・変更届・喪失届

(種別)	(申請理由)番号に○印をつけてください。
1 障がい者(一般・65心障)	○資格取得 1 出生 2 転入 3 年齢到達
2 一人親家庭等	4 手帳等取得 5 父母の離婚・死亡
3 子ども	6 その他()
4 65～69歳老人	○届出事項変更 1 氏名 2 住所 3 加入医療保険
5 寡婦	4 保護者等 5 振込先 6 その他()
	○資格喪失 1 死亡 2 転出 3 その他()

○届出事由発生年月日 R 年 月 日

○認定を受ける期間(受給資格証の有効期間)

R 年 月 日 から R 年 月 日まで
(届 出) (変 更 前)

助成対象者	個人番号			
	フリガナ氏名			
	性別	男 女	生年月日	年 月 日
	住所	紀宝町		

保護者等	個人番号			
	氏名			
	住所			
扶養義務者	個人番号			
	氏名			
	住所			

加入医療保険	被保険者	氏名				
		住所				
	加入日	年 月 日	年 月 日			
	記号番号					
	発行機関	名称	保険者番号()	保険者番号()		
		所在地				

振込口座	銀行 信用金庫 農協		支店 支所	銀行 信用金庫 農協		支店 支所
	1 普通(総合)	2 当座		1 普通(総合)	2 当座	
	口座番号			口座番号		
	口座名義人 カナ氏名			口座名義人 カナ氏名		

上記のとおり福祉医療費受給資格の認定を受けたく申請します。医療費助成に関する所得状況などの必要事項の調査をすることを承諾します。

紀宝町長 様

令和 年 月 日
申請者(助成を受ける方又は保護者等)
氏名
電話
(住所は相続人の方のみご記入ください)
住所