

福祉医療費受給者証交付申請書（異動届書）

|                                                                                |                   |                    |   |        |          |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|---|--------|----------|--------|----------|--------|-------------|----------|-----------------|-------|-----------|--------|---|-----|---------|---|----|--|-----------|--|--|
| 重                                                                              | 心                 | 2                  |   |        |          |        |          | ひとり親   | 3           |          |                 |       |           |        |   | 子ども | 4       |   |    |  |           |  |  |
| (宛先) 東かがわ市長 殿                                                                  |                   |                    |   |        |          |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| 申請者                                                                            | 氏名                |                    |   |        |          |        |          |        | 電話番号        |          |                 |       |           |        |   |     | 受給者との続柄 |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 住所                | 東かがわ市              |   |        |          |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| 福祉医療費について、関係書類を添えて下記のとおり申請をします。なお、受給資格の認定及び対象期間中に必要な事項について、公簿等により確認することに同意します。 |                   |                    |   |        |          |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| 申請（届出）年月日                                                                      |                   |                    | 年 |        |          | 月      |          |        | 日           |          |                 | 異動年月日 |           |        | 年 |     |         | 月 |    |  | 日         |  |  |
| 受給者                                                                            | フリガナ              |                    |   |        |          |        |          |        | 生年月日        | 年        |                 |       | 月         |        |   | 日   |         |   | 続柄 |  |           |  |  |
|                                                                                | 氏名                |                    |   |        |          |        |          |        | 個人番号        |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 住所                | 東かがわ市<br>(電話 - - ) |   |        |          |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| ※障害の確認                                                                         | 1                 | 身障手帳1級             |   |        | 2        | 身障手帳2級 |          |        | 3           | 身障手帳3級   |                 |       | 4         | 療育手帳A  |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 5                 | 療育手帳A              |   |        | 6        | 療育手帳B  |          |        | 7           | 身障手帳4級   |                 |       | 8         | 療育手帳B  |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| 被保険者（国保は世帯主）                                                                   | フリガナ              |                    |   |        |          |        |          |        | 生年月日        | 年        |                 |       | 月         |        |   | 日   |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 氏名                |                    |   |        |          |        |          |        | 個人番号        |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 住所                | 東かがわ市<br>(電話 - - ) |   |        |          |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 保険                | 保険者番号              |   |        | 被保険者記号番号 |        |          | 事業所の名称 |             |          | 付加給付の有無         |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                |                   |                    |   |        |          |        |          |        |             |          | 有 ・ 無           |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 保険種類              | 健・船・国・後・私共・国共・地共   |   |        |          |        |          |        | 支給要件の概要・非該当 |          |                 | 備考    |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| 一・退・本・扶・前・継                                                                    |                   |                    |   |        |          |        | 概要 ・ 非該当 |        |             | (遡及支給 月) |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| 同一世帯に属する扶養義務者                                                                  |                   |                    |   |        | 氏名       |        |          |        |             |          |                 |       | 続柄        |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                |                   |                    |   |        | 個人番号     |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| 振込先                                                                            | 銀行<br>農協<br>金庫・組合 |                    |   |        |          |        |          |        |             |          | 店<br>所<br>出張所   |       | 口座<br>名義人 | (フリガナ) |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 預金種別              | 普                  |   |        |          |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 口座番号              | 通                  |   |        |          |        |          |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| 異動理由                                                                           | 1. 資格取得（新規・転入等）   |                    |   |        |          |        |          |        |             |          | 2. 資格喪失（死亡・転出等） |       |           |        |   |     |         |   |    |  | 3. 住所等の変更 |  |  |
|                                                                                | 4. 保険の変更          |                    |   |        |          |        |          |        |             |          | 5. その他          |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| ※所得確認                                                                          | 本人                |                    |   | 配偶者    |          |        | 扶養義務者    |        |             | 備考       |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 扶養人数 人            |                    |   | 扶養人数 人 |          |        | 扶養人数 人   |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
|                                                                                | 円                 |                    |   | 円      |          |        | 円        |        |             |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| ※有効期限                                                                          |                   |                    | 年 |        |          | 月      |          |        | 日           |          |                 | 年     |           |        | 月 |     |         | 日 |    |  |           |  |  |
| ※受付年月日                                                                         |                   |                    | 年 |        |          | 月      |          |        | 日           |          |                 | 決     |           |        | 済 |     |         | 欄 |    |  |           |  |  |
| ※決済年月日                                                                         |                   |                    | 年 |        |          | 月      |          |        | 日           |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |
| ※交付年月日                                                                         |                   |                    | 年 |        |          | 月      |          |        | 日           |          |                 |       |           |        |   |     |         |   |    |  |           |  |  |

※欄は、市において記入します。