

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				

医療費の支給を受けたいので、関係書類を添えて受給者証の交付申請をします。

この申請に必要な所得状況等について、地方税法の規定に基づく課税台帳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 (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 (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				
	保 険 種 類	日・政・組・船・共・国・国組			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 農協 金庫・組合				店 所 出 張 所		(フリガナ)				
	預金種別	普 通				口 座 名 義 人					
口座番号											
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。