

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 (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													
											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)														
扶養義務者及び配偶者 (扶養義務者とは生計が同一とみなされる直系親族と兄弟姉妹。別世帯の場合も含む。)								氏名								続柄								
								個人番号																
振込先	銀行 農協 金庫・組合										店 所 出張所		口座 名義人	(フリガナ)										
	預金種別	普通																						
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。