

別記第1号様式(第2条関係)

乳幼児 障害福祉 高齢障害				福祉医療費受給資格		認定 変更 更新		申請書		※ 受給者番号														
対象者	ふりがな					生年	年月日																	
	氏名					男女	月	日				年		月										
	住所																							
保護者等	氏名					対象者との続柄																		
加入 医療 保険	被保険者氏名																							
	※ 保険種別	健(政・組)・船・日・共国(町・組)・後期高齢																						
	被保険者証の記号番号																							
	保険者名																							
変更 申請 の場合	変更する項目	変更後				変更前																		
<p>乳幼児 認定 上記のとおり 障害 福祉医療費受給資格 変更 の申請をします。 高齢障害 更新</p> <p>なお、私の世帯の税額等の確認については、課税担当課長が保管している課税台帳等により 住民課長が行うことに同意します。(乳幼児のみ)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 (保護者)</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>越知町長 様</p>																								
<p>(注) 1 加入医療保険の被保険者証を提示してください。</p> <p>2 申請者は児童手当受給者になります。受給されていない場合は主たる生計維持者を記入してください。(乳幼児のみ)</p> <p>3 ※印の欄は記入しないでください。</p>								※	番号	有効期限														
								処		年 月 日														
								理		年 月 日														
								欄																